



**Universidad**  
Zaragoza



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y del Trabajo

# TRABAJO FIN DE GRADO:

---

“Efectos del Apoyo Social de los Centros de la  
Tercera Edad en la Salud de las Personas  
Mayores”

**ALUMNOS:**

- ANTONIO BOLEA GARCÍA
- VANESA SARIÑENA ARRUEGO

**DIRECTORAS:**

- NURIA DEL OLMO VICÉN
- MONTSERRAT NAVARRETE LORENZO

**CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO DE TRABAJO SOCIAL  
JUNIO 2013**

## **AGRADECIMIENTOS.**

En este apartado queremos aportar unas líneas de agradecimiento a todas aquellas personas que han colaborado en la elaboración de este trabajo. En primer lugar destacar la disposición del Director y personal de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, facilitándonos la disposición de libros, revistas y cuantos documentos específicos hemos solicitado, así como la participación en un curso específico sobre gestores de referencias bibliográficas (refworks) que nos ha permitido que sea más sencilla nuestra labor bibliográfica. De manera especial, apuntar la disposición y colaboración del Ayuntamiento de Zaragoza y el Centro de Convivencia “Pedro Laín Entralgo”, cuya Directora, Laudelina Contreras, que tan amablemente ha puesto a nuestra disposición su apoyo para que pudiésemos desarrollar nuestra tarea. En este sentido, la Junta con su Presidente a la cabeza, han facilitado la tarea de darnos a conocer a los jubilados y sus socios. También nuestro agradecimiento a los profesores que impartían sus conocimientos en los distintos talleres facilitándonos nuestra labor y, en particular, a todas las personas mayores que han rellenado los cuestionarios con interés y amabilidad para realizar nuestro estudio. Asimismo, agradecer al Ayuntamiento de Sástago y a la Asociación de la Tercera Edad, al Director D. Manuel Torrijos, miembros de la Junta Directiva, D. Antonio Enfedaque, y socios que nos han permitido obtener cuanta información hemos necesitado, así como cumplimentar los cuestionarios de nuestra investigación. Gracias a todos, ya que sin ellos hubiera sido difícil realizar este trabajo.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>Pág. 1</b>
<b>1. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO.....</b>	<b>Pág.11</b>
2.1.    Objetivos e Hipótesis de estudio.....	Pág.11
2.2.    Contextualización.....	Pág.12
<b>3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>Pág.19</b>
3.1.    Perspectiva de Análisis.....	Pág.19
3.2.    Uso de Datos y Fuentes Secundarias.....	Pág.19
3.3.    Universo.....	Pág.20
3.4.    Muestra.....	Pág.21
3.5.    Cuestionario.....	Pág.21
3.6.    Trabajo de Campo y Aplicación del Cuestionario.....	Pág.23
3.7.    Codificación y Depuración de Cuestionarios.....	Pág.24
3.8.    Tratamiento de Datos.....	Pág.26
<b>4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....</b>	<b>Pág.27</b>
<b>5. ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>Pág.34</b>
5.1.    Perfil Socio-Demográfico.....	Pág.34
5.2.    Participación en las Actividades.....	Pág.41
5.3.    Salud Autopercibida.....	Pág.47
5.4.    Diferencias entre el Ámbito Rural y Urbano.....	Pág.49
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>Pág.54</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>Pág.56</b>



**8. FUENTES ESTADÍSTICAS..... Pág.59**

**ANEXO: CUESTIONARIO.**

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento acusado de los países desarrollados, nos ha suscitado la preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen acceso las personas mayores, otorgando especial atención a los mecanismos de apoyo social formal e informal del que disponen. Entre los primeros estaría el papel de los Centros de Convivencia de Personas Mayores y, entre los segundos, la función de las redes sociales relacionada con los vínculos con familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo,... entre otros. La prolongación de la vida supone, para las edades más jóvenes, un objetivo aceptado. Sin embargo, en los mayores tal fenómeno pierde relevancia, y es sustituido de forma destacada por el concepto de calidad de vida.

El énfasis en los apoyos sociales de las personas mayores se debe al hecho de que en la vejez, las personas pueden experimentar un deterioro de la salud (física o mental) y económico, pero también puede ser una etapa de la vida donde pueden existir mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de pareja, amigos, compañeros,... Existe una imagen tradicional de las personas mayores como una población dependiente, desasistida, inactiva y en continuo declive.

Sin embargo, hay estudios que señalan que la vejez no tiene porque ser una etapa de disminución del apoyo social. Buen número de investigaciones han demostrado que la gran mayoría de personas mayores mantienen contacto frecuente con la familia de la que reciben apoyo y diversos servicios. Pero la familia no tiene porque ser el único apoyo social, sino que existen otros recursos comunitarios (Centros de Mayores) que ofrecen apoyo social a las personas mayores, pudiendo ser éstos tan importantes como la red familiar. En esta línea, diversos estudios destacan la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social puede tener en la propia percepción de la salud y bienestar.

Los Centros de Mayores constituyen un recurso esencial en el desarrollo de las políticas sociales para este sector de población, con el objeto de facilitar un espacio de

convivencia, de participación y de aprendizaje de habilidades sociales. Es un Centro de Servicios Sociales Especializados destinado al encuentro entre personas mayores, a la realización de actividades socioculturales y de desarrollo personal, de comunicación, asociación y ocio; al fomento del voluntariado social, a la potenciación de la participación y de la integración social, personal y comunitaria; y a la prestación de servicios de carácter social y asistencial. Constituyen así, un dispositivo de apoyo social formal que permite a las personas complementar o reforzar el apoyo recibido o percibido de su red familiar.

En Aragón, el perfil de las personas usuarias de los Centros de Mayores son pensionistas de jubilación, mayores de 60 años, o los cónyuges de los socios aunque no hayan alcanzado los 60 años. Son Centros gestionados por la Administración Local o Autonómica y, como en el caso de Sástago, por la iniciativa social sin ánimo de lucro gestionada de manera democrática por sus socios. La característica general de estos Centros es que sus socios son personas válidas, es decir, con plena autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (actividades cuya realización es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente).

Son muchos los estudios que existen sobre los efectos del apoyo social en relación con las patologías asociadas a la edad y bien escasas, las investigaciones sobre los efectos del apoyo social recibido por los Centros de la Tercera Edad en la salud de las personas mayores. De ahí, nuestro interés de profundizar en esos efectos positivos, muy especialmente, según las variables de sexo, estado civil, nivel de formación, unidad de convivencia y participación en los Centros de Convivencia.

Así pues, en este trabajo se recoge un estudio de carácter empírico cuya técnica de investigación ha sido un cuestionario que han rellenado personas mayores de 65 años, válidas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, que acuden a los Centros de Mayores en los ámbitos rural y urbano como recurso de apoyo social que les reporta bienestar personal, social y/o cultural.

El diseño del presente trabajo se estructura en cinco apartados:

En primer lugar, hemos desarrollado el “*planteamiento y diseño*”, en el que se expone la idea general de nuestra investigación, nuestro punto de partida, recogiendo los siguientes puntos: objetivos, población y universo, ámbito geográfico, hipótesis de estudio y variables. Los Centros de Convivencia y sus efectos positivos en la salud de las personas mayores como eje principal del apartado.

A continuación, se explica “*metodología y técnicas de investigación*”, es decir, cómo hemos llevado a cabo nuestro estudio. El enfoque cuantitativo, la técnica del cuestionario y la elección de la muestra / muestreo utilizada conformarán este apartado. La elección de la muestra aleatoria simple como instrumento estadístico para el estudio de una población finita.

Para justificar nuestra investigación, el “*marco teórico de referencia*”, se referirá a los fundamentos teóricos en los que nos hemos apoyado, las bases conceptuales de las que partimos, autores, teorías o proposiciones generales dentro de las cuales situamos nuestra indagación: la teoría del *Efecto Buffer o Amortiguador* de Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996).

En el apartado “*datos y discusión*”, se analizan e interpretan los resultados obtenidos en las encuestas. Se adjuntan tablas y gráficos que permiten visualizar mejor dichos datos, entre ellas las variables sexo, nivel de formación, unidad de convivencia y participación en los Centros de Convivencia como indicadores relevantes de los resultados.

Y, las “*conclusiones*” de nuestro estudio que confirmarán nuestras hipótesis y objetivos propuestos. Cuantos más apoyos sociales recibidos de las redes formales e informales de las que dispongan las personas mayores, mayor bienestar obtendrán por el efecto amortiguador de dichos apoyos, aminorando las situaciones estresantes o amenazantes de la vida diaria. El Centro de Convivencia como uno de los apoyos sociales formales que aportan bienestar a la salud de las personas mayores.

Finalmente, señalar que se ha utilizado la variable sexo como elemento transversal para realizar las comparaciones con el resto de variables recogidas en el cuestionario con el objeto de hallar las relaciones que vinculen los efectos del apoyo social en la salud de las personas mayores.



## 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antes de realizar este estudio se ha tenido que hacer un trabajo previo de revisión bibliográfica para saber lo que se ha escrito y publicado respecto a dicho tema, en este caso en relación con los efectos del apoyo social sobre la salud de las personas mayores. Por ello, el concepto de apoyo social y las teorías que lo explican es una de las tareas fundamentales previas a tener presentes antes de emprender la investigación, de manera que, además de profundizar en el objeto de estudio con las aportaciones que han realizado los autores, también permite ver aquellos aspectos que no se han investigado o que no se les han prestado la debida atención, ya sea porque la sociedad no le da la suficiente importancia, ya sea porque los investigadores no se han fijado en ciertas características relativas a las personas mayores válidas cuando aún mantienen todas sus capacidades activas.

Los estudios encontrados sobre el apoyo social vinculados a los efectos en las personas mayores que padecen distintas patologías tratan de conocer en qué medida se ve afectada la salud de las personas mayores, en el sentido de experimentar una mejoría percibida objetiva o subjetiva (Lee, 2012; Leung, 2007; Brummett, 2000; Krishnan, 1998; Urbina Torija, 2007; Lahuerta, 2004). Los estados depresivos experimentados por las personas mayores suponen una percepción subjetiva de su estado de salud a pesar de que su estado físico y apoyo social sea elevado. Por ello hay estudios que presentan resultados y conclusiones contradictorios aunque el apoyo social de las distintas redes sociales resulta fundamental en la evolución y sentimiento de bienestar físico, psicológico y social. También se han encontrado asociaciones entre la mortalidad y morbilidad de las personas mayores y el apoyo social recibido de las redes sociales en cuanto al número y tipo de apoyo que han prestado cada una de ellas o su ausencia (Mazzella, 2010; Nebot, 2002). Los síntomas depresivos y su percepción de la salud pueden influir indirectamente con otras patologías crónicas como deterioro visual o HTA (Hipertensión Arterial). Otros autores han estudiado las diferencias de género en el apoyo social como elemento sustancial de sus consecuencias en hombres y mujeres (Verstraten, 2005; Redondo-Sendino, 2005). Asimismo, otras investigaciones han incidido en los efectos del apoyo social proporcionado por las distintas redes de apoyo

social con las que cuentan las personas mayores y su influencia en la salud de las personas mayores (Litwin, 1998, 2000).

En todos ellos se recalca la correlación entre la ausencia de apoyo social o su presencia con muchas redes sociales y los distintos apoyos que aportan cada una de ellas a las personas mayores en la evolución e incidencia de su salud y bienestar personal.

Sin embargo, encontrar artículos que relacionen el apoyo social con personas mayores válidas (con sus capacidades motoras y cognitivas activas para realizar ABVD) y la influencia, derivada de la asistencia y participación en las actividades de los Centros de Mayores, que tiene en su salud ha sido una tarea más ardua por la escasez de éstos.

Así pues, citaremos y describiremos los hallazgos sobre los efectos del apoyo social relacionados con las patologías asociadas a la edad, las diferencias de género (Okamoto y Tanaka, 2004; Shye, 1995) o la influencia que ejercen los tipos de redes sociales, lo que ha permitido profundizar en el objeto de estudio y ampliar nuestro conocimiento sobre el tema. Y, posteriormente, se enumerarán la producción teórica y conceptual encontrada que nos ha servido para elaborar el marco teórico que justifique el objeto de estudio y que tendrá un mayor desarrollo en el apartado correspondiente. Así como los estudios realizados a personas mayores válidas en los Centros comunitarios y los efectos que los talleres de ocio tienen sobre su bienestar. Además de un estudio comparativo entre las personas mayores que viven en residencias o en hogares en relación con sus fuentes de apoyo social (Herrero y Gracia, 2005).

### **Efectos amortiguadores del apoyo social en los síntomas depresivos que pueden presentar las personas mayores.**

Sobre los efectos del apoyo social en la salud de las personas mayores que sufren síntomas depresivos se han encontrado asociaciones contradictorias tanto sobre su mejoría como amortiguador de su acción, como de la falta de asociación. Lee et al. (2012) afirman que la reducción del apoyo social subjetivo es predictivo de malos resultados de depresión en las personas mayores. Leung et al. (2007) encontraron que el apoyo emocional es más importante que el apoyo instrumental como factor protector de los síntomas psicológicos. Asimismo, las personas mayores que perciben una mayor

implicación de la familia presentaron menos angustia psicológica. Brummett et al. (2000) sugieren que el apoyo social subjetivo se correlaciona negativamente con la depresión mientras que el apoyo social recibido se correlaciona tanto positiva como negativamente con la depresión. Krishnan et al. (1998) evalúan la influencia del apoyo social y la presencia de depresión en personas mayores con enfermedades cardíacas y sugiere que los factores sociales tienen importancia en el desarrollo de la depresión mayor. Urbina Torija et al. (2007) han mostrado la asociación de falta de apoyo social con la presencia de síntomas depresivos. Lahuerta et al. (2004) encontraron que la población de personas mayores que disponen de menor apoyo social y falta de apoyo emocional está asociado con sufrir trastornos mentales.

#### **Relaciones significativas de mortalidad y morbilidad en ausencia de redes de apoyo social informal.**

Otros autores han encontrado relaciones significativas entre apoyo social y la mortalidad y morbilidad de las personas mayores. En este sentido, Mazzella et al. (2010) han observado el efecto del apoyo social como factor predictivo de mortalidad, especialmente en sujetos con alto nivel de comorbilidad. Nebot et al. (2002) analizaron la relación del apoyo social, en función de distintas categorías, con la mortalidad. Para los hombres, la situación de convivencia mostró una asociación significativa con la mortalidad cuando vivían con familiares que no eran su esposa o compañera. En las mujeres, solo se encontró una asociación significativa con la mortalidad en la categoría de apoyo vecinal.

#### **Influencias del apoyo social sobre las personas mayores que sufren patologías crónicas.**

Los estudios que relacionan los efectos del apoyo social sobre diversas patologías crónicas o discapacidades muestran asociaciones significativas de su influencia. Así, Verstraten et al. (2005) encontraron que las personas mayores con deterioro visual que vivían solas disponían de menor apoyo social en comparación con las que vivían acompañadas. Redondo-Sendino et al. (2005) establecieron relaciones

significativas con HTA (Hipertensión Arterial) en individuos casados o que vivían acompañados al presentarse con menos frecuencia que en los no casados.

### **Categorías de apoyo social que inciden en la mejoría o efecto amortiguador en la salud de las personas mayores.**

Distintos autores han estudiado las redes sociales y los distintos apoyos que proporcionan a las personas mayores cada una de ellas con el objetivo de analizar la influencia que ejercen en su estado de salud de forma directa o indirecta. Entre las redes de apoyo familiar más determinante está la familia y, en esta etapa vital, es fundamental el apoyo recibido por el marido o la esposa, en el que se encuentran diferencias de género. Cuando no se encuentran o no existen apoyos en esta red, las mujeres encuentran o buscan apoyo en otras redes sociales o comunitarias.

Entre los autores que asocian los efectos del apoyo social con la salud de las personas mayores teniendo en cuenta su red social se pueden citar a Litwin (1998, 2000) que afirma que distintos tipos de redes sociales están asociadas con una disponibilidad variable de apoyo social. Además al relacionarlo con una variedad de categorías de salud las personas mayores con tipos de red diversificada presentaban la mejor salud.

En la misma dirección se aborda el apoyo social, respecto del apoyo informal proporcionado por profesionales o cuidadores familiares, por autores como Yanguas Lezaun (2000) y Rodríguez-Rodríguez (2005). Estos estudios indican que un mayor apoyo social a los cuidadores evita consecuencias más severas del cuidado como los trastornos depresivos, lo que incide en la salud física y emocional de las personas dependientes, mayoritariamente personas mayores. Así también el uso del SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) según Fernández del Valle (1994), está asociado con la falta de apoyo social a las personas mayores, cuyas necesidades deben cubrirse con este servicio. Zunzunegui y otros (2005), encontraron que los vínculos sociales parecen generar un efecto beneficioso en el mantenimiento y restauración de las Actividades de la Vida Diaria (ABVD). Por su parte, Lewis (1997) evalúa la necesidad de alojamiento de personas mayores y el apoyo social recibido e indica que el apoyo de parientes y no

parientes es importante, pero que cada apoyo se aporta de forma diferente según las necesidades cambiantes que presentan las personas mayores en la vejez.

### **Diferencias de género en los efectos del apoyo social a las personas mayores**

En los estudios sobre diferencias de género en el apoyo social, Okamoto y Tanaka (2004) encontraron que el efecto directo del apoyo social fue mucho mayor en hombres que en mujeres. La sintomatología depresiva y soledad disminuyeron significativamente con el aumento de apoyo social tanto en hombres como en mujeres. Los resultados indican que la relación entre el apoyo social y la salud subjetiva es sexo-dependiente entre las personas mayores. Shye y otros (1995) estudiaron las diferencias de género en relación con la asociación del apoyo social y mortalidad. El apoyo social protege contra la mortalidad indirectamente a través de su efecto sobre el estado de salud, sobre todo en los hombres. Y el apoyo social tiene efectos protectores directamente o actúa como efecto amortiguador del estrés en las mujeres sólo a niveles relativamente más altos de apoyo de la red.

### **Efecto amortiguador en la salud de las personas mayores derivado de su participación en talleres de ocio.**

Con respecto a los estudios relacionados con los efectos del apoyo social a las personas mayores que participan en actividades formativas y en talleres de ocio o de salud en los Centros de Día y tan solo hemos encontrado dos artículos. García Martín y Hombrados Mendieta (2002) utilizan el modelo de Buffer de Coleman e Iso-Ahola (1993), por el cual la participación en actividades de ocio facilitaría el afrontamiento de eventos vitales estresantes a través de dos vías.

La primera consistiría en el alivio producido por la percepción de que cuentan con apoyo social. De esta manera, la compañía de las personas mayores que participan en ellas les haría menos vulnerables. Además, la motivación que presentan para participar en estas actividades, hacen que las personas mayores perciban un mayor control sobre sus vidas. Los hallazgos confirmaron parcialmente esta teoría: las actividades de ocio aumentan los niveles de apoyo social, control percibido y

autoeficacia social entre sus usuarios, manteniendo sus efectos al menos tres meses después que las actividades hayan concluido. También este mismo autor en otro estudio posterior confirma que la participación en estas actividades reducen los niveles de depresión y soledad entre sus usuarios, al tiempo que ayudan a incrementar su satisfacción vital (García Martín y Gómez, 2003).

### **Teorías explicativas del Efecto “*Buffer*” o Amortiguador –Buffer and coping Theory-.**

Finalmente para desarrollar el marco conceptual y teórico hemos tenido en cuenta las aportaciones conceptuales sobre el término “apoyo social” de Guzmán (2002), basándose en la definición de Khan y Antonucci (1980) y de Lin (1986), citado por García Martín (2002). Este mismo autor, García Martín (2002), propone dos teorías para explicar los efectos positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. Entre ellas, la Teoría, denominada Efecto “*Buffer*” o amortiguador, afirma que el apoyo social ejerce su influencia en el estado anímico, de salud y bienestar generales en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés.

Por último, las aportaciones de Lin y Ensel (1989) confirmarían la Teoría del Efecto “*Buffer*” y nos permitirían explicar los efectos del apoyo social en la salud de las personas mayores que participan en las actividades de los Centros de Mayores.

Finalmente, aunque no hemos tomado como referencia a Ward (1985) (citado por García Martín, 2002), su teoría contempla dos tipos de influencias de la red de apoyo informal sobre el bienestar de las personas mayores. De manera directa, el apoyo social satisface una necesidad de relación social. De manera indirecta, el efecto amortiguador reduce el impacto negativo de los acontecimientos y experiencias estresantes vinculadas a la edad favoreciendo tanto su afrontamiento como el uso de recursos y servicios formales de ayuda.

## **2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO**

### **2.1. Objetivos e Hipótesis de Estudio.**

#### **Objetivo General.**

- Analizar los efectos positivos del apoyo social recibido por los Centros de la Tercera Edad en la salud de las personas mayores en el ámbito rural y urbano.

#### **Objetivos Específicos.**

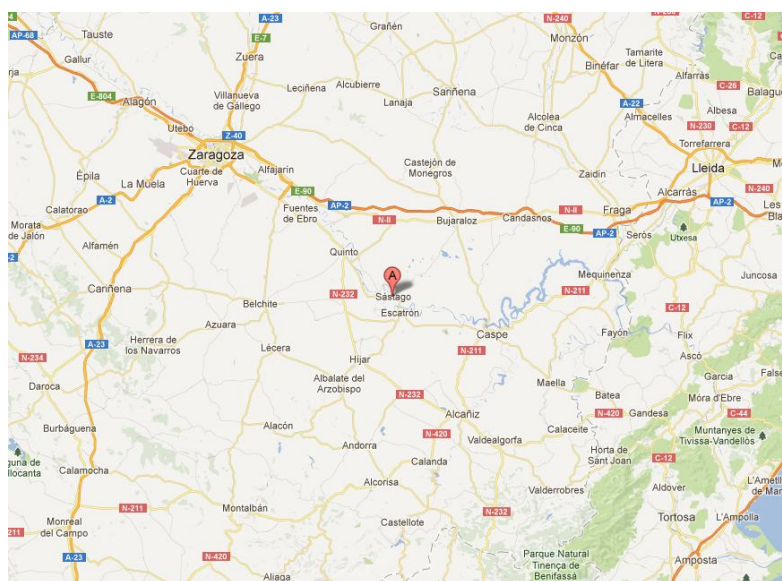
- Conocer el apoyo social recibido, teniendo en cuenta la participación y la relación, en función de la unidad de convivencia de los participantes en los Centros de Mayores.
- Analizar el nivel de estudios de las personas mayores y la participación de los Centros.
- Conocer el impacto de la unidad de convivencia en la amortiguación de factores estresantes o amenazantes para las personas mayores.
- Estudiar el apoyo social como alternativa a la convivencia unifamiliar.
- Conocer la relación entre el nivel de estudios y la participación en las actividades de formación, ocio y salud.
- Identificar cómo perciben su salud las personas mayores cuando asisten a los Centros de Mayores.

De acuerdo con nuestros objetivos, la hipótesis que se propone es demostrar que el apoyo social recibido en los Centros de Mayores tiene unos efectos positivos en la salud de las personas mayores tanto en el ámbito rural como en el urbano.



Los ámbitos geográficos estudiados han sido: ámbito urbano (distritos de Centro y Casco Histórico de Zaragoza) y ámbito rural (Sástago).

Sástago, municipio de la Comarca “Ribera Baja del Ebro” situado a unos 64 kilómetros de Zaragoza y a 153 metros sobre el nivel del mar en el centro de la depresión del Ebro, en la margen derecha del río. Según datos oficiales del INE, (2012)<sup>1</sup>, es una zona rural que cuenta con una población de 1266 habitantes, entre los cuales, 458 personas tienen 65 ó más años, lo que supone el 36,18% del total de la población censada.

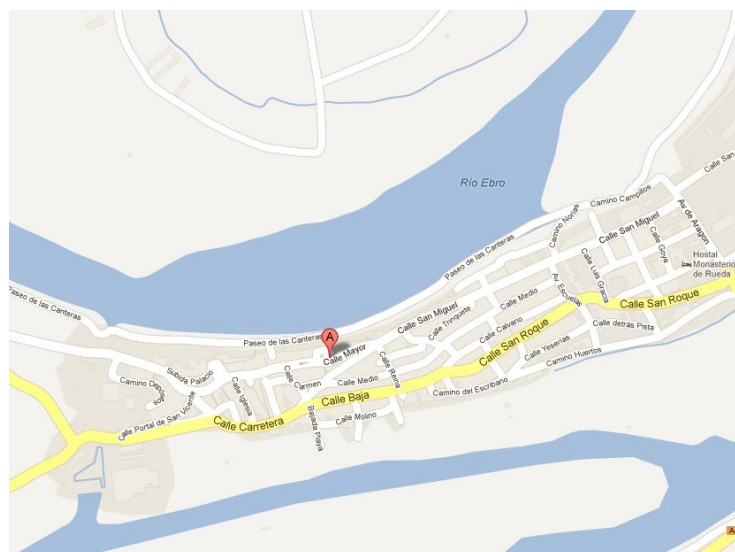


## Plano 1<sup>2</sup>

<sup>1</sup> [www.ine.es](http://www.ine.es) (15-03-2013)

<sup>2</sup> <https://www.google.es/search?q=ayuntamiento+de+sastago&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a> (15-03-2013)





**Plano 2<sup>3</sup>**

Como tantos pueblos de Aragón, Sástago concentra una alta tasa de envejecimiento que, en los últimos años se ha visto incrementado considerablemente por el incremento de la esperanza de vida (en Aragón<sup>4</sup> para 2010: mujeres, 85,10 años y 79,23 años los hombres), avance de los recursos socio-sanitarios, mejora de la calidad de vida, así como el descenso de la natalidad y mortalidad.

La mayoría de la población es nativa de la zona o alrededores, tan sólo un 12% son población inmigrante procedentes, principalmente, de Europa del Este, África del Norte y América Latina.

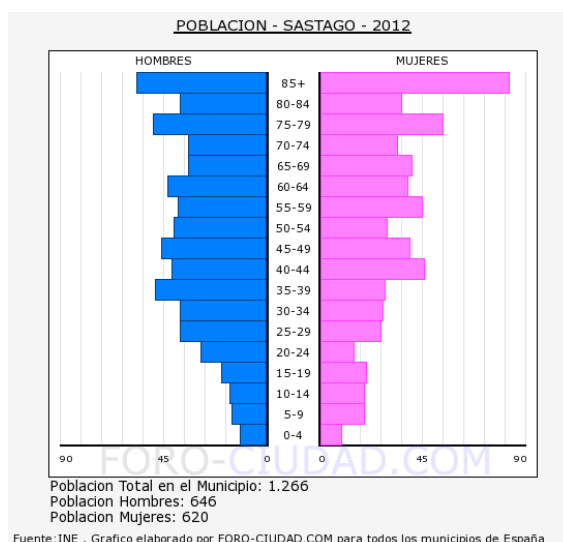
Las actividades económicas dominantes en la población son en general: agricultura, industria y sector servicios prevaleciendo una situación económica y cultural media de sus habitantes (los niveles de formación primaria y secundaria son los más abundantes entre la población de 65 y más, prevaleciendo la educación secundaria entre la franja de edad de 65 y 75 años, y, entre los mayores de 76 años, la educación primaria).

<sup>3</sup> <https://www.google.es/search?q=ayuntamiento+de+sastago&ie=utf-8&oe=utf-8&ag=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a> (15-03-2013)

<sup>4</sup> <http://www.aragon.es/iaest> (15-03-2013)

Las relaciones sociales son fundamentalmente primarias (familia, vecinos y amigos), apoyo informal en general; ayuda mutua y control social, todos se conocen entre sí.

Entre los equipamientos y espacios públicos de los goza el municipio y que frecuentan las personas mayores, está la Asociación de la Tercera Edad o Centro de Mayores de Sástago que cuenta con 320 socios (116 mujeres y 204 hombres), y la Casa de Cultura, espacio cedido para la realización de actividades de formación y salud del Centro de Mayores del municipio.



**Gráfico 1. Fuente: INE**

El Centro de Mayores o Asociación de la Tercera Edad de Sástago es un espacio de encuentro abierto, dotado de los medios necesarios para el desarrollo de actividades de comunicación, asociación e integración socio-cultural y socio-recreativa, con servicios de cafetería, biblioteca, talleres culturales, actividades artísticas, deportivas, etc.... dirigido a pensionistas de jubilación, mayores de 60 años e invalidez o los cónyuges de los socios que no hayan alcanzado los 60 años. En este municipio, está gestionado por la propia Asociación de la Tercera Edad y sus socios aplicando la normativa específica que requiere esta forma jurídica. Se creó en el último trimestre del año 1977, sus destinatarios, hombres de edad avanzada (75 años ó más), que acudían diariamente al Centro para relacionarse con personas de su

mismo sexo y echar la partida (juegos de salón: rabino, guiñote,...). Con el paso de los años, la mujer se va incorporando tímidamente a la vida en el Centro, al principio, acompañando a su marido los días de fiesta y para la realización de actividades de ocio (echar también la partida). Antiguamente estaba mal visto que la mujer participase y disfrutase de su tiempo de ocio en otro espacio que no fuera su casa y su entorno y, menos, que se relacionase con personas del sexo opuesto que no fueran su marido, familiar o conocido. Esta incorporación supuso un proceso muy lento, la ampliación del abanico de actividades acordes a las necesidades actuales (disfrute del ocio y salud preventiva) y el relevo generacional de personas en la junta del Centro, ha permitido que la mujer fuese participando más asiduamente y autónomamente en la vida del mismo. Aunque todavía el número de hombres sigue superando al de mujeres. Otro dato destacable derivado de la tradición sociocultural es la cuota anual de los socios, 27€ los hombres y 21€ las mujeres. Según nos cuentan nuestros informantes, este hecho es una constante a lo largo de los años fruto de un pensamiento cultural donde el hombre era el que antiguamente recibía una paga familiar, mientras que la mujer no la percibía. De ahí que se fijase un precio superior en los hombres con respecto a las mujeres.

Los Centros de Convivencia para Mayores del Ayuntamiento de Zaragoza<sup>5</sup> son equipamientos que sirven de apoyo para prestar unas actividades de desarrollo personal y social dirigido a las personas mayores válidas, es decir, mantienen sus capacidades motoras y cognitivas activas para realizar aquellas actividades propuestas por los Centros, al mismo tiempo que satisfacen sus intereses. En este sentido constituyen un estadio previo para acceder a otros establecimientos cuando su nivel de dependencia no les permite realizar AVBD y, por ello, realiza funciones preventivas de carácter social, relacional y cognitivas cuyos efectos pueden ser beneficiosos para su salud. En el organigrama del Consistorio cuenta con una Concejalía del Mayor en la que además de estos recursos, las personas mayores pueden acceder a otro tipo de prestaciones como parte de la acción social que desarrolla el Ayuntamiento con los ciudadanos y distintos colectivos.

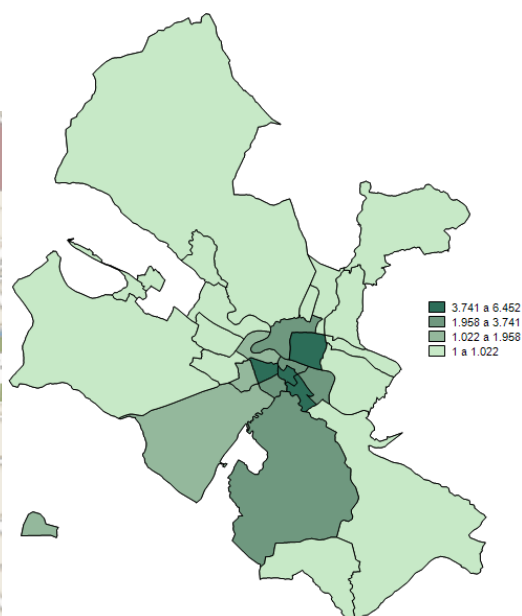
---

<sup>5</sup> [http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/listado\\_Centro?id=47&inc=35](http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/listado_Centro?id=47&inc=35) (12-04-2013)

Los antecedentes de estos centros los podemos encontrar en los locales privados frecuentados por varones, mayoritariamente, en los que se dispensaban bebidas al mismo tiempo que se establecían relaciones sociales. Estos establecimientos o bares proporcionaban tres servicios básicos: cafetería, prensa y juegos de cartas relegando a las mujeres a otras actividades y relaciones sociales dentro del ámbito doméstico y privado. En 1982, entra en funcionamiento el primer centro municipal con estos servicios básicos al que le seguirían otros cuatro, entre ellos el Centro de Convivencia de Mayores “Pedro Laín Entralgo”.



**Plano 3. Fuente: Ayto. Zaragoza**

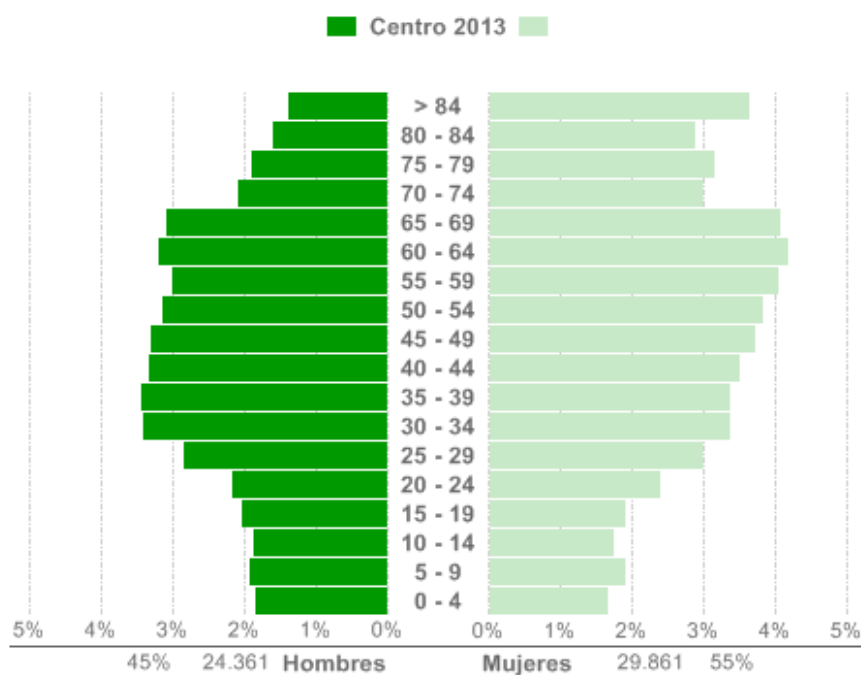


**Plano 4. Fuente: Ayto. Zaragoza**

El Centro de Convivencia de Mayores “Pedro Laín Entralgo” forma parte de la red municipal que da cobertura a las demandas del barrio del Casco Histórico pero su influencia en la zona abarca a la zona del distrito Centro. Este centro se caracteriza porque acoge a un gran número de personas y oferta un volumen importante de actividades en las áreas de desarrollo y expresión artística, salud y calidad de vida, comunicación y cultura, y nuevas tecnologías, respecto del resto de centros de convivencia existentes en la ciudad siendo un referente de lo que ocurre en el resto de centros.

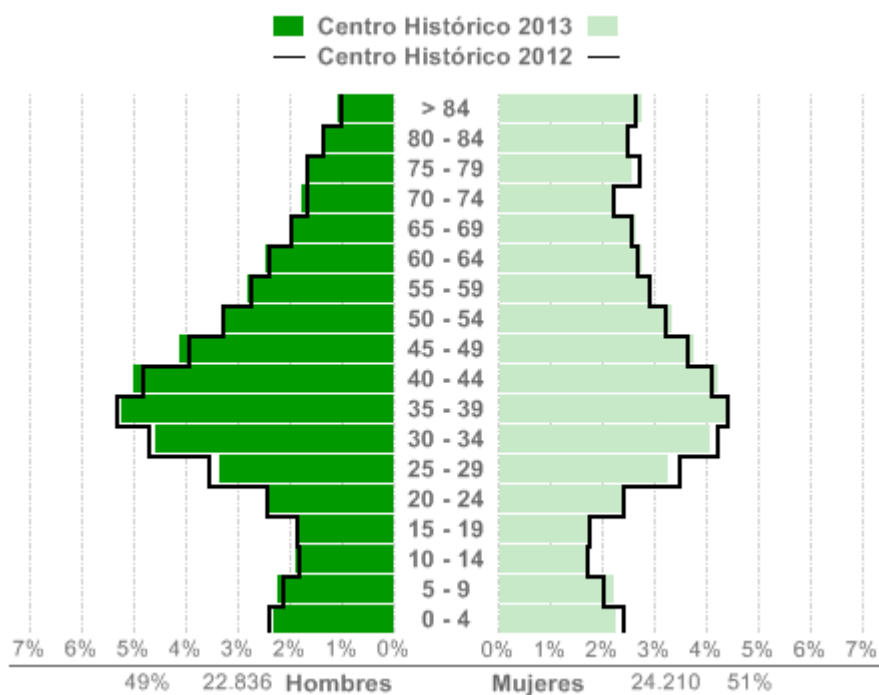
La población de 65 años de edad ó más que reside en los distritos Casco Histórico y Centro<sup>6</sup> es de 9.506 y 14.936 habitantes. Por sexos, en el Casco Histórico residen 3.569 hombres y 5.937 mujeres, mientras que en el distrito Centro están censados 5370 hombres y 9.026 mujeres. Estas cifras muestran que la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres tal como señalan los estudios estadísticos.

El Centro de Convivencia de Mayores “Pedro Laín Entralgo” está inscrito 5.881 socios, de los cuales 5.427 son socios activos, según datos facilitados por el propio Centro.



**Gráfico 2. Fuente: Ayto. Zaragoza**

<sup>6</sup> <http://demografia.zaragoza.es/> (15-04-2013)



**Gráfico 3. Fuente: Ayto. Zaragoza**

A este respecto los datos que ofrece el INE sobre indicadores demográficos para el año 2012, muestran que el índice de envejecimiento para el municipio de Zaragoza está en el 18,7%. Asimismo, el índice de sobreenviejeamiento (personas de 80 años de edad ó más) se sitúa en el 15,1%.

### **3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Perspectiva de análisis.**

La elección de la investigación social cuantitativa viene determinada por la limitación del tiempo en la realización de cualquier estudio, por su énfasis en la medición objetiva, demostración de la causalidad, así como su posibilidad en la generalización de los resultados de la investigación. Permite una recogida de información estructurada y sistemática y un análisis estadístico. Estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas. Se realiza en un contexto controlado donde se utiliza un lenguaje con precisión matemática y con modelos estadísticos de la codificación numérica. El investigador que se encarga de este tipo de estudio, es un observador externo que utiliza un método deductivo para realizar un análisis estadístico.

Las redes de apoyo social de las personas mayores constituyen una importante fuente de bienestar personal. Uno de los aspectos más importantes de la investigación gerontológica es el efecto de las diferentes formas de apoyo de distintas redes sociales. De hecho, los estudios de cohortes de personas mayores han descubierto una relación entre el tipo de red y una amplia gama de apoyo y resultados de bienestar.

#### **3.2. Uso de Datos y Fuentes Secundarias.**

La recogida de datos de nuestro estudio se realiza con encuestas realizadas en dos Centros de Convivencia del ámbito rural (Sástago) y urbano (distritos Centro y Casco Histórico en Zaragoza). En nuestro caso, la técnica de recogida de datos utilizada ha sido el cuestionario que proporciona, de manera sistemática y ordenada, información de la población investigada sobre el tema que nos interese.

También se consultan fuentes secundarias provenientes de los organismos a través de estadísticas sociodemográficas realizadas por institutos públicos o privados provenientes del INE (Instituto Nacional de Estadística), IAEST (Instituto Aragonés de Estadística) y del Ayuntamiento de Zaragoza divulgados en INTERNET. Además de la

documentación aportada por el Centro de Convivencia de Mayores “Laín Entralgo” y el Centro de Mayores de Sástago.

Dadas las limitaciones de tiempo, se ha decidido hacer una investigación exploratoria sobre los efectos positivos del apoyo social recibido por los Centros en las personas mayores, tomando como población usuaria la citada anteriormente.

### **3.3. Universo.**

El universo de población tomado ha sido personas jubiladas con una edad de 65 años, a partir de la cual las personas pasan de una vida laboral activa a una situación vital caracterizada por disponer de todo el tiempo libre. Edad en que las personas suelen asistir a Centros de Personas Mayores para disponer de un espacio de compañía, apoyo social y participación en la vida social.

El universo de población urbano ha correspondido a los distritos de Centro y Casco Histórico por ser las zonas en las que se ubica el Centro de Convivencia. Los censos de población en estos barrios son de 55.986 y 46.776 habitantes respectivamente. De ellas la población mayor de 65 años y más supone 14.396 y 9.506 personas respectivamente. En el distrito Centro se encuentran empadronadas 5.370 hombres y 9.026 mujeres. Mientras que en el Casco Histórico hay censados 3.569 hombres y 5.937 mujeres lo que no significa que personas de otros barrios puedan asistir o participar en las actividades programadas por el Centro. Se desea obtener una muestra que tenga una proporción estadísticamente relevante con una población finita.

El universo de población rural correspondiente a Sástago, localidad de la provincia de Zaragoza perteneciente a la Comarca de la Ribera Baja del Ebro con un censo de población de 1.266 habitantes en el año 2012. De las cuales, 447 personas son mayores de 65 años, 203 hombres y 244 mujeres.

Con estos datos demográficos señalados, el tamaño de nuestro universo (N) es finito (6.201 elementos), con una probabilidad (p: 0,5) y un nivel de confianza del 90%, con un error máximo de estimación (d: 7-8%) que dejaría el número de cuestionarios a



realizar entre 134 y 103. El número de cuestionarios realizado en el trabajo de campo ha sido de 132.

### **3.4. Muestra.**

El estudio de la población se ha realizado mediante un muestreo subjetivo basado en una investigación exploratoria (Corbetta, P, 2003)<sup>7</sup>, en el que los sujetos asistentes a determinadas actividades de los Centros de Mayores rellenaban unos cuestionarios.

La muestra se ha recogido en dos ámbitos geográficos distintos: rural y urbano por motivos de accesibilidad personal. En el Centro de Convivencia urbano se ha recogido una muestra representativa de 100 personas de las 5.881 personas que hay censadas con carnet de socio. Los cuestionarios se han pasado a los participantes de distintas actividades programadas para el año 2013: petanca, psicomotricidad, pintura, animación a la lectura, actividad mental y aragoneses ilustres.

En el Centro de Mayores de Sástago hay 320 socios con edades de 65 y más, de los cuales se ha recogido una muestra representativa de 33 personas. Los cuestionarios se han rellenado por quienes realizan actividades internas de la Asociación: tertulias, lectura de prensa / revistas y juegos de mesa (guiñote, rabino, dominó, bingo...).

### **3.5. Cuestionario<sup>8</sup>.**

Una dificultad para la medición del apoyo social consiste en la elaboración de un cuestionario que recoja estos efectos. La fuente de elaboración del mismo ha sido propia en el que se recogen las variables demográficas y cuatro bloques de ítems en el que se exploran aspectos económicos relacionales o sociales recibidos y percibidos teniendo como referencias otros cuestionarios de medición de apoyo emocional, instrumental,

---

<sup>7</sup> Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill. Pp. 308.

<sup>8</sup> Ver Anexo.

relacional como pueden ser el cuestionario NSSQ (Norbeck Social Support Questionnaire) y el SSQ (Social Support Questionnaire).

La técnica de investigación utilizada ha sido cuantitativa a través de encuestas realizadas con cuestionarios. El cuestionario constaba de 16 preguntas estructuradas en cuatro bloques de ítems bien definidos: sociodemográfico, situación económica, convivencia, uso del centro, salud percibida. Se presenta en una hoja para que sea más fácil y amena su cumplimentación y evitar así el extravío o la no realización de la segunda parte. No nos olvidamos que el universo de población son personas mayores de 65 años que pueden cansarse en su realización.

El **bloque de ítems socio-demográficos** constaba de 5 preguntas en las que se incluía ámbito geográfico, sexo, edad, estado civil, estudios realizados, y edad de jubilación. Todas ellas eran preguntas cerradas, categorizadas y de respuesta única o múltiple.

El **bloque económico** pretendía recoger la variable ingresos de forma indirecta preguntando por la pensión cuya cuantía está delimitado por un rango inferior y superior publicado por organismos estatales como la Seguridad Social. El hecho de disponer de ingresos periódicos y estables proporciona un estado de seguridad que influye en los efectos que queremos medir. En ese sentido el preguntar si le supone un ahorro o gasto va en la misma línea. Las tres preguntas que incluían este bloque eran preguntas cerradas, dicotómicas (dos de ellas) y de respuesta múltiple una de ellas.

En caso de que respondiese que vivía una sola persona se le pedía que contestase a la siguiente. La primera era una pregunta cerrada de respuesta única y la segunda se le solicitaba que señalara varias si así lo creía oportuno.

El siguiente bloque de ítems está dedicado al **uso de los Centros** y se pedía a los encuestados que respondiesen el uso diario y semanal que hacían del equipamiento. Estas preguntas eran cerradas y de respuesta única. Mientras que la pregunta referida las actividades que realizaban en el centro podían responder a varias si lo deseaban.

El último bloque dedicado al **apoyo percibido** pretende medir cómo valoran, desde un punto de vista subjetivo, el apoyo recibido por un recurso comunitario como apoyo social. Este bloque constaba de tres ítems respuestas cerradas y de respuesta única salvo una en la que podían marcar varias si así lo creían adecuado.

### **3.6. El Trabajo de Campo y la Aplicación del Cuestionario.**

Las dificultades que entraña este estudio son de diversa índole. Por un lado, la recogida de datos de campo, el acceso externo al centro, el tipo de investigación cualitativa o cuantitativa, elaboración de un tipo de encuesta con unos ítems adecuados al perfil del colectivo y el tema a estudiar, literatura publicada al respecto, etc.

Hay dos problemas que se plantean al realizar un trabajo de campo en el que se debe recabar información de un colectivo. Uno de ellos viene dado por la edad. En este caso, las personas mayores son reacias a colaborar si no te conocen. Y, el segundo, derivado de lo anterior, el acceso a los Centros para poder cumplimentar las encuestas. Primero es necesario presentarte en el Centro de Convivencia (en nuestro caso, a la atención de los directores) y explicar el motivo de dicha investigación. Este primer paso es fundamental para que introduzca en dicha comunidad porque te abre las puertas a las personas relevantes del centro y te presentarán a las personas mayores con lo que se consiguen lograr su confianza y en consecuencia los objetivos propuestos.

Algunos de los ítems no fueron entendidos por algunas participantes quizás porque no estaban bien redactados o faltaban respuestas. Por ejemplo, en el ítem nº 5, las mujeres que no habían cotizado a la Seguridad Social no consideraban su situación como persona jubilada y, por lo tanto, aunque percibían una pensión de viudedad dicha cuestión les planteaba dudas en la respuesta. Con el ítem nº 6 hubo personas (sobre todo mujeres) que tenían dudas en su respuesta ya que el derecho estaba reconocido al marido y ellas eran beneficiarias por lo que les costaba identificar que percibían una pensión de viudedad. En el ítem nº 8 quizás faltó incluir una respuesta más para aquellas

personas que no les suponía ni ahorro ni gasto (aunque siempre podían responder NS/NC).

La metodología para rellenar los cuestionarios consistió en acudir a diversos talleres representativos de cada actividad, informar del objeto de la encuesta, explicar cómo rellenarlas, aclarar las dudas de manera que los propios entrevistados se encargaban de cumplimentarlas con la presencia del encuestador para despejar posibles dudas. Hay que enfatizar el hecho de que es necesaria la implicación de los responsables del Centro para poder realizar el trabajo de campo. Permite, por un lado, que te presenten a las personas más representativas del Centro (por ejemplo, los miembros de la Junta), los monitores que imparten las actividades y, por otro, genera la confianza de las personas mayores en el encuestador porque viene avalado por dichas personas representativas lo que facilita dicha tarea. Como peculiaridades del ámbito rural, señalar que es la Junta de Gobierno quien decide asumir la responsabilidad de pasar los cuestionarios previo entrenamiento en su realización y con la presencia del encuestador como observador externo. Según se nos informa y explica se debe a motivos de desconfianza de la población encuestada, ya que el hecho de que una persona externa sea quien la realice puede ocasionar distorsiones en su ejecución. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de febrero y marzo del año 2013.

### **3.7. Codificación y Depuración de Cuestionarios.**

Una vez rellenados los cuestionarios, se ha procedido a la codificación de las variables para su posterior interpretación. Se han utilizado valores numéricos, generalmente correlativos en función de las respuestas presentadas (1, 2, 3, 4,...). Como destacables decir que (Ver Anexo: Cuestionario):

- Al ámbito rural se le ha etiquetado con el 1 y ámbito urbano con el 2.
- El número asignado a la mujer ha sido el 1 y al hombre el 2.
- El valor 9 (no procede) se ha utilizado en las preguntas que dependían de la respuesta de la pregunta anterior (P.7 y P.10) siendo sustituido la variable “otras” u

“otras situaciones” por “no procede”, ya que se entiende que ninguna de las respuestas presentadas se ajustan a la realidad del encuestado.

- El número 99 se ha asignado a la variable NS/NC.

- Las preguntas multirespuesta han requerido una codificación específica. En algunas preguntas (P.13), dada la variedad de respuestas presentadas y tras hacer un análisis exploratorio de esas respuestas, se han establecido unas variables que englobasen a determinadas respuestas en función de su tipología (formación, ocio o salud). Otras (P.15) dadas sus características, se ha preferido establecer la dicotomía (sí / no) para indicar una u otra preferencia, pues los Centros de Mayores seleccionados ofrecen diferentes servicios y la motivación para su asistencia también es distinta.

- Otras preguntas, en concreto la P.10, al ser una pregunta de respuesta múltiple donde los encuestados han señalado varias opciones, la codificación se ha dividido cómo si fuesen dos preguntas independientes. La primera división se refiere a preferencias, autonomía y situación civil, mientras que la segunda es de carácter más relacional y de convivencia. Esta división viene dada para hacer más fácil su interpretación de resultados.

- En algunas preguntas, dadas las respuestas señaladas, se han tenido ido añadiendo variables que recogiesen esa respuesta indicada.

- Las respuestas que no han sido señaladas en ninguno de los cuestionarios obtenidos, no se han recogido en la codificación, de tal modo que fuese más ágil su posterior tratamiento.

- No todos los cuestionarios han sido rellenados en su totalidad, algunos han presentado variables no contestadas, preguntas sueltas que bien el encuestado no ha querido rellenar o bien se le ha pasado contestar. Por tanto, estas respuestas se han codificado como perdidas.

- Tras hacer un análisis de las respuestas obtenidas, se ha observado cómo ha habido preguntas que les ha supuesto a los encuestados dudas de interpretación (P.9), en especial, a las personas que estaban casadas, éstas se han incluido en la opción marcada. Para su codificación se ha tenido en cuenta la respuesta obtenida en la P.3.

- En el ítem 15, tras recoger los datos de las encuestas, la opción “servicio de comidas” no ha sido codificada porque no se contemplaba como un servicio propio del Centro y, en consecuencia, los entrevistados no la han seleccionado.

### **3.8. Tratamiento de Datos.**

Los datos recogidos, una vez depurados y codificados, se han tratado aplicando un análisis descriptivo univariable y bivariable mediante la segmentación de archivos y análisis de frecuencias.

La codificación de los datos se ha realizado mediante el programa informático y estadístico denominado IBM SPSS STATISTICS, versión 19, para la plataforma Vista 8 de Microsoft, para lo cual se han categorizado y codificado las preguntas y respuestas. Es un programa estadístico informático muy usado en las Ciencias Sociales, es el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences.

#### 4. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

##### **Concepto de Apoyo Social y teorías explicativas.**

Teniendo en cuenta que nuestro objetivo es analizar los efectos del apoyo social recibido en los Centros de la Tercera Edad en la salud de las personas mayores, deberemos definir los términos apoyo social y salud.

Desde el punto de vista conceptual, los autores que más se aproximan a nuestro objeto de estudio serían:

De acuerdo con Guzmán (2002), el concepto de apoyo social es definido “*como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto e información*” (Khan y Antonucci, 1980). Y considera cuatro categorías de apoyos: materiales, instrumentales, cognitivos y emocionales. También distingue entre apoyos formales e informales. Las redes comunitarias formarían parte de los apoyos formales en las que las instituciones favorecerían la participación activa y la toma de decisiones de carácter instrumental, material y emocional. En este sentido, los Centros que hemos tomado como referencia de nuestro estudio, servirían como un recurso comunitario de carácter formal que permitirían analizar la incidencia del apoyo social en la salud de las personas mayores. Al mismo tiempo, el apoyo informal proveniente de la red familiar completaría ese apoyo social.

Lin, 1986, (citado por García Martín, 2002) concibe el “*apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos*”. La consideración de estos aspectos contribuye a explicar los efectos derivados del apoyo social. Así, el estudio realizado en los Centros recoge las dimensiones socio-demográficas, económicas, de convivencia, uso del Centro y apoyo social percibido y recibido. Se considera que tanto el ámbito económico como el uso del Centro incluirían las dimensiones de carácter instrumental en nuestro marco conceptual.

Otros autores como García Martín (2002) realizan una aproximación a este concepto partiendo de tres niveles de análisis y abordando una perspectiva estructural y funcional. Clasificaría tres tipologías de redes sociales: macro (proveedor de apoyos comunitarios), medio (interacciones derivadas del ámbito laboral y vecinal) y micro (vinculado a la familia y amigos). Definición que no se ajustaría a nuestros objetivos, ya que aborda otras dimensiones del apoyo social que no contemplamos en este estudio.

### **Salud.**

Basándonos en la definición que establece la OMS en 1948 (Organización Mundial de la Salud): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Guzmán, J. M. et al. (2002) explican que es en el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Antonucci y Akiyama (2001) en un balance de las evidencias empíricas en esta área concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones.

En relación a nuestro estudio, valoramos el concepto de salud de una forma holística, en el que el apoyo social recibido desde los Centros constituiría un elemento fundamental que contribuye a reforzar el bienestar subjetivo de las personas mayores y a afrontar sucesos estresantes o a amortiguar sus efectos.

Desde el punto de vista teórico, García Martín (2002), propone dos teorías para explicar los efectos positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. Así, citando a Barrón (1996), la primera teoría afirma que el apoyo social actuaría de forma directa sobre las variables, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto. Esto supone que un aumento de apoyos sociales en las personas mayores incrementa su salud y su bienestar personal, sin que esta relación se vea mediada por las



condiciones estresantes que pueda padecer. Según nuestro criterio, esta teoría no se adecuaría a los objetivos de nuestro estudio de analizar los efectos del apoyo social recibido por los Centros en la salud de las personas mayores, ya que tanto los servicios como las actividades que ofrecen son similares en todos ellos. De tal manera, que todas las personas mayores verían incrementada su salud y bienestar personal independientemente de sus características personales.

La segunda de las teorías, denominada Efecto Buffer o amortiguador, afirma que el apoyo social ejerce su influencia en el estado anímico, de salud y bienestar generales en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés. Dos efectos principales se derivan de la disposición del apoyo social según Barrón, Lozano y Chacón, 1998, (citado por García Martín, 2002): el apoyo social actuaría, en primer término, como provisión de soporte de otras personas lo que ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante, y además, el disponer de recursos aportados por su red (emocional, instrumental e informacional) aumenta la percepción de su capacidad para hacer frente a la situación. Y promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayuden a reducir reacciones negativas ante el estrés. Esta teoría avalaría el objetivo de nuestro estudio reflejado en los distintos apartados que conformaban el cuestionario que rellenaron los encuestados: el bloque socio-demográfico (que incluiría ámbito geográfico, sexo, edad, estado civil, estudios realizados y edad de jubilación) a través del cual destacaríamos las variables estado civil y estudios realizados. La primera determinaría el apoyo de la red familiar o la ausencia de ésta para afrontar hechos estresantes de la vida diaria o para considerarlos menos amenazantes. Y, además, el Centro actuaría como un apoyo social para las personas mayores independientemente de su estado civil, en algunos casos reforzándolo y, en otros, sustituyendo el apoyo de la red familiar. En la segunda, el hecho de haber realizado unos estudios condicionará la elección de una u otras actividades. En todo caso, se verá siempre reforzado su autoestima y su autoconcepto. Estos efectos redundarán en su capacidad para hacer frente a situaciones amenazantes usando sus recursos personales y los que indirectamente le proporciona el Centro con su apoyo

instrumental (participación en las actividades) y relacional (estableciendo una relación con los compañeros durante el desarrollo de ésta).

Las demás variables socio-demográficas (ámbito geográfico, sexo, edad y edad de jubilación) no consideramos que influyan directamente a la hora de afrontar situaciones estresantes o amenazantes para la personas mayores. A la hora de analizar, pensamos que no tiene efectos positivos o negativos sobre la salud de los individuos. Y la realización de las actividades en el Centro tampoco tendría una repercusión sobre ellos: el hecho de residir en un lugar u otro, ser hombre o mujer o tener una edad determinada no implicaría una vinculación directa de obtener beneficios en su salud.

Respecto a la situación económica analizada en el cuestionario creemos que no es un criterio a tener en cuenta ya que no encontramos un efecto amortiguador en las personas. Según teorías que han explicado los efectos directos e indirectos del apoyo social en las personas mayores, la situación económica no constituiría un factor influyente en la salud de estas personas. En este sentido, el bloque económico que se incluyó en el cuestionario recogía tres preguntas de carácter económico con las que se pretendía analizar el hecho de carecer o no de ingresos económicos pudiera ser un factor estresante, de manera que los efectos en su estado anímico se reflejasen en su salud, y, por otra parte, condicionara su asistencia al centro. De los resultados obtenidos se deriva que en la mayoría de personas encuestadas disponían de ingresos y, por lo tanto, este apoyo no indicaba una repercusión directa o indirecta en su bienestar y en la asistencia al Centro.

El bloque de convivencia se recogió en el cuestionario a través de una pregunta dirigida hacia personas que vivían solas (personas solteras, viudas, separadas y/o divorciadas) y las razones de su elección. El hecho de que existieran personas con más apoyo (red familiar y apoyo informal) y otras que carecieran del mismo, supondrían unos efectos indirectos a nivel personal. Con respecto a la participación del Centro se observarán unos efectos beneficiosos en las personas mayores. De acuerdo con la teoría

de la amortiguación y afrontamiento, estas personas obtendrían de este apoyo un efecto positivo que redundaría en su salud y, al mismo tiempo, reforzaría su capacidad para afrontar situaciones estresantes o amenazantes.

El uso del Centro es un bloque de cinco preguntas que incluye unos ítems sobre la asistencia, tipo de actividades en las que han participado, y los motivos de la asistencia al Centro. En relación a los resultados obtenidos de las encuestas, se observa que con independencia de un mayor o menor uso del Centro (asistencia), estas personas encontraron un apoyo en la realización de las actividades que les proponía éste en función de sus gustos e intereses personales, lo que generarían unos efectos derivados de este apoyo a nivel personal en el fortalecimiento de sus capacidades, autoestima y autoconcepto. Y, por otra parte, el Centro les proporcionaría, en segunda instancia, un apoyo relacional derivado de su participación redundando en su salud y bienestar a nivel físico y psicológico.

Con respecto a las distintas actividades en las que han participado los encuestados, se considera que el hecho de que hayan realizado unas u otras no significa que vayan a obtener unos beneficios distintos que repercutan indirectamente sobre su salud de diferente modo. Sencillamente, las personas mayores al participar en una actividad les reportarían unos beneficios con independencia de las actividades realizadas. En este sentido, la teoría de la amortiguación y afrontamiento no indica que los efectos indirectos que influyen positivamente sobre su salud sean diferentes si realizan unas u otras actividades.

Por último, el cuestionario incluyó una pregunta de carácter subjetivo que midiese el apoyo social percibido en la relación con la asistencia al Centro. De los resultados obtenidos, se pueden observar que los participantes consideran positivo su asistencia y, en consecuencia, los efectos indirectos que reportaría sobre su salud. En relación con la teoría de buffer and coping se confirmaría que la realización de actividades y la relación social que se deriva de éstas afectaría indirectamente,

amortiguando o reduciendo sus niveles de estrés y reforzando sus capacidades para afrontar situaciones amenazantes.

Las investigaciones realizadas por Bisconti y Bergeman (1999); Herzog, Franks, Markus y Holmberg (1998); Iso-Ahola y Park (1996) (citados por García Martín, Hombrados Mendieta, 2002).sobre los vínculos entre actividades de ocio y bienestar subjetivo resaltan la importancia del apoyo social y su influencia en la salud de las personas mayores. La teoría que explicaría dichos efectos denominada –buffer and coping theory- por Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996), (citados por García Martín, Hombrados Mendieta, 2002) afirman que el ocio influiría indirectamente en la salud y el bienestar personal por su capacidad para facilitar comportamientos de afrontamiento como respuesta a factores estresantes y transiciones que ocurren en la vida, aminorando su impacto negativo en la persona.

En este sentido, esta teoría explicaría distintos factores que acompañan a las personas mayores como el proceso de envejecimiento y los acontecimientos vitales estresantes (pérdida de roles laborales activos, declive físico, pérdida de seres queridos, reducción de la red de apoyo familiar...). Así el ocio se convertiría en una potencial fuente para el mantenimiento de la salud física y mental. Por ejemplo, la integración social, la reafirmación personal o la superación de factores vitales, se verían claramente favorecidas a través de la integración del mayor con sus amigos y compañeros en las actividades cotidianas que éstos realizan en los Centros de Mayores. El contacto del mayor con su grupo de iguales, y las consecuencias positivas que se derivan de estos lazos sociales, supondría un alivio por la percepción de que cuentan con un apoyo social.

Por otro lado, otras teorías como la de Lin y Ensel (1989) denominada “*Teoría del Estrés Vital*” (Life Stress Paradigm), en el que distinguen tres ámbitos: social, psicológico y fisiológico que vendrían determinados por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. Un claro estresor fisiológico para el sujeto será

la presencia de una enfermedad mientras que las prácticas de hábitos saludables constituyen recursos útiles para hacer frente a adversidades. Los síntomas depresivos son un claro estresor psicológico, mientras que una alta autoestima sería un recurso psicológico. Por último, el apoyo social representa el recurso social para superar los acontecimientos vitales más importantes. En este sentido, los talleres de ocio influirán en los planos social y psicológico, dotando respectivamente de apoyo social y recursos de afrontamiento para superar el estrés que acompaña la desvinculación en la actividad productiva. Por ejemplo, en nuestro cuestionario, el hecho de que los encuestados dispongan de ingresos económicos supondría un recurso frente a la ausencia que significaría un estresor. Por otro lado, no disponer de una red de apoyo familiar constituiría un factor estresante, mientras que el apoyo recibido del Centro sería un recurso.

Este modelo permite estudiar tanto los efectos (indirectos) de amortiguación del apoyo social en condiciones de estrés elevado como los efectos en compañía de estresores o recursos procedentes de otros ámbitos. Así, el modelo de Lin y Ensel (1989) confirma la teoría del efecto “*Buffer*”:

*“Los efectos de buffering (interacción) son más fuertes que los directos...lo que refleja el papel amortiguador de los recursos sociales existentes con relación a estresores tanto sociales como psicológicos. Esto es, la carencia de recursos sociales, hace que la presencia de estresores sociales o psicológicos ejerzan un mayor impacto sobre la salud”.* (Lin y Ensel, 1986: 393-394).

De la revisión de las distintas teorías que explicarían el efecto positivo del apoyo social de los Centros en la salud de las personas mayores, creemos que la teoría de la amortiguación y afrontamiento de Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996) confirmaría este objetivo planteado en nuestro estudio.

## **5. ANÁLISIS DE DATOS**

### **5.1. Perfil Socio-Demográfico.**

Abordamos como premisa de partida para la discusión de los datos obtenidos en las encuestas que el uso de los Centros de Mayores proporciona apoyo social de carácter comunitario tanto a mujeres como a hombres por asistir a las actividades y, la participación y la relación que se establece en éstas. En este sentido la literatura revisada corrobora esta propuesta.

La discusión se va a centrar en los distintos datos que se reflejan en el cuestionario que rellenaron los participantes: el bloque socio-demográfico que incluiría ámbito geográfico, sexo, edad, estado civil y estudios realizados.

La muestra estudiada está formada por 132 individuos de los cuales 45 son hombres y 87 mujeres (Tabla 1) que representan el 34,1% y el 65,9% respectivamente.

#### **Sexo**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b>	<b>Mujer</b>	<b>87</b>	<b>65,9</b>
	<b>Hombre</b>	<b>45</b>	<b>34,1</b>
	<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 1. Fuente: elaboración propia**

#### **- Distribución por Sexo y Estado Civil.**

Los datos de la Tabla 2 muestran que en el conjunto de mujeres el estado civil más representado es el de las casadas con un 41,4%, seguido del 36,8% de viudas. Mientras que en el grupo de hombres se observa que el 88,9% están casados y los viudos representan solo una cuarta parte con respecto a las viudas.

### Estado Civil

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Válidos	Soltero/a	13	14,9
		Casado/a	36	41,4
		Separado/a, Divorciado/a	6	6,9
		Viudo/a	32	36,8
		Total	87	100,0
Hombre	Válidos	Soltero/a	1	2,2
		Casado/a	40	88,9
		Viudo/a	4	8,9
		Total	45	100,0

Tabla 2. Fuente: elaboración propia

La Tabla 2 muestra que no existen hombres separados ni divorciados, que existen más hombres casados que mujeres: el 88,9% de los hombres frente al 41,4% de las mujeres. También se observa que hay más mujeres viudas que hombres: el 36,8% frente al 8,9%.

- **Apoyo social recibido, teniendo en cuenta la participación y la relación, en función de la unidad de convivencia.**

Las Tablas 3 y 4 nos indican que la unidad familiar compuesta, mayoritariamente, por un único miembro ó 2 señalan que los motivos para asistir al Centro de Mayores es participar y relacionarse.

### Unidad de Convivencia: Participación y Relación

Unidad de Convivencia y Apoyo Social				
Unidad Familiar			Participación Actividades	Relación
<b>1</b>	<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>44</b>	<b>44</b>
		<b>Perdidos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>53</b>	<b>55</b>
		<b>Perdidos</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
		<b>Perdidos</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>&gt;3</b>	<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
		<b>Perdidos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>NS/NC</b>	<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
		<b>Perdidos</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

**Tabla 3. Fuente: elaboración propia**

Con los datos recogidos, podemos suponer que la unidad de convivencia formada por un único miembro, al disponer de un menor apoyo social de la red familiar, buscará en el Centro de Mayores a través de la participación en las actividades y la relación derivada de ésta, un apoyo sustitutivo al de la red familiar.

No valoramos las unidades familiares compuestas por 2 ó más miembros, ya que el resto dispone de una red familiar. Lo que no implica, como refleja la Tabla 3, hagan uso del Centro y también puedan obtener beneficios para su bienestar.

### Participación Actividades

Unidad Familiar			Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	<b>Válidos</b>	<b>No</b>	<b>15</b>	<b>34,1</b>
		<b>Sí</b>	<b>29</b>	<b>65,9</b>
		<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 4. Fuente: elaboración propia**



**Relación**

Unidad Familiar			Frecuencia	Porcentaje
1	Válidos	No	18	40,9
		Sí	26	59,1
		Total	44	100,0

**Tabla 5. Fuente: elaboración propia**

En este sentido, las investigaciones que existen en la revisión bibliográfica (Antonucci y Akiyama, (2001), citado por Guzmán, 2002:22) sobre los efectos del apoyo social en la salud de las personas mayores afirman que, cuanto más apoyo social reciben éstas, mayor bienestar obtienen pudiendo afrontar las situaciones vitales con mayor seguridad.

El Centro actuaría como un apoyo social para las personas mayores independientemente de su estado civil, en algunos casos reforzándolo y, en otros, sustituyendo el apoyo de la red familiar. Estos efectos redundarán en su capacidad para hacer frente a situaciones amenazantes usando sus recursos personales y los que indirectamente le proporciona el Centro con su apoyo instrumental (participación en las actividades) y relacional (estableciendo una relación con los compañeros durante el desarrollo de ésta).

- **Nivel de estudios de las personas mayores y su participación de los Centros de Mayores.**

La Tabla 6 muestra que el 51,7% de las mujeres tienen estudios primarios frente al 46,7% de los hombres. Los datos reflejan que una de cada dos personas han conseguido esta formación académica. Además, resaltar que las mujeres con el 19,5% y los hombres con el 22,2% han cursado estudios universitarios.

### Nivel de Estudios

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Válidos	Estudios Primarios	45	51,7
		Educación Secundaria	23	26,4
		Estudios Universitarios	17	19,5
		Total	85	97,7
	Perdidos	NS/NC	2	2,3
	Total		87	100,0
Hombre	Válidos	Estudios Primarios	21	46,7
		Educación Secundaria	11	24,4
		Estudios Universitarios	10	22,2
		Total	42	93,3
	Perdidos	NS/NC	3	6,7
	Total		45	100,0

Tabla 6. Fuente: elaboración propia

El hecho de que una de cada cinco personas tenga estudios universitarios implicará a medio y largo plazo que las actividades que ofrezcan los Centros se deban ajustar a los intereses formativos y de ocio derivados de su nivel formativo.

- **La unidad de convivencia en la amortiguación de los factores estresantes o amenazantes en las personas mayores.**

El bloque de convivencia se recogió en el cuestionario a través de una pregunta dirigida hacia personas que vivían solas (personas solteras, viudas, separadas y/o divorciadas) y las razones de su elección.

Con respecto a la participación del Centro se observarán unos efectos beneficiosos en las personas mayores que carezcan o tengan menos apoyo familiar. De acuerdo con la teoría de la amortiguación y afrontamiento (Coleman (1993), Iso-Ahola

y Park (1996), citados por García Martín, Hombrados Mendieta, 2002), estas personas obtendrían de este apoyo un efecto positivo que redundaría en su salud y, al mismo tiempo, reforzaría su capacidad para afrontar situaciones estresantes o amenazantes.

Según datos aportados por la Tabla 7, las mujeres representan el 44,8% como único componente del núcleo familiar, mientras en los hombres es del 11,1%. Esto indicaría que la unidad familiar formada por mujeres como único miembro (viudas, solteras, separadas y divorciadas) es mayor a la de los hombres, cuya unidad de convivencia está formada por dos miembros con el 68,9%.

El hecho de que las mujeres dispongan de menos apoyo familiar que los hombres puede suponer un riesgo de aislamiento social y soledad de esta unidad de convivencia.

#### Unidad Familiar

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Válidos	1	39	44,8
		2	26	29,9
		3	7	8,0
		>3	1	1,1
		Total	73	83,9
	Perdidos	NS/NC	14	16,1
	Total		87	100,0
Hombre	Válidos	1	5	11,1
		2	31	68,9
		3	4	8,9
		>3	3	6,7
		Total	43	95,6
	Perdidos	NS/NC	2	4,4
	Total		45	100,0

**Tabla 7. Fuente: elaboración propia**

Estos datos avalarían la teoría de la amortiguación y el afrontamiento (Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996), citados por García Martín, Hombrados Mendieta,

2002), en el sentido de que aquellas personas que no contaban con una red de apoyo familiar, encontrarían en el apoyo formal representado por el Centro de Mayores un recurso social comunitario cuyos efectos de amortiguación disminuirían los riesgos de soledad y aislamiento.

- **El apoyo social como alternativa a la convivencia unifamiliar.**

En este apartado se recogen las razones por las que las unidades de convivencia formadas por un único miembro viven solas (P.10 Cuestionario). Debido a que las personas alegaron varios motivos y, en consecuencia, había que recogerlos todos, se vio necesario codificar las respuestas en dos tablas. En el caso de las mujeres, los motivos que alegaban eran: “pueden valerse por sí mismas”, 19,5%; “habían enviudado”, 14,9%; “los hijos se han independizado”, el 11,5%; y “lo preferían”, el 9,2%. Los datos de las tablas 27 y 28 indicarían que estas personas buscarían otros tipos de apoyo social que suplieran la carencia de las redes de apoyo familiar.

**Unidad Familiar formada por un miembro**

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Válidos	Lo prefiere	8	9,2
		Puede valerse por sí mismo	17	19,5
		Enviudo	13	14,9
		Total	38	43,7
	Perdidos	No procede	49	56,3
	Total		87	100,0
Hombre	Válidos	Lo prefiere	1	2,2
		Puede valerse por sí mismo	2	4,4
		Enviudo	1	2,2
		Total	4	8,9
	Perdidos	No procede	41	91,1
	Total		45	100,0

**Tabla 8. Fuente: elaboración propia**

El hecho de no contar con el apoyo de la red familiar, podría inducir a pensar que las unidades de convivencia con un único miembro buscarían otros tipos de apoyo social en la red de apoyo formal (Centro de Convivencia).

### Unidad Familiar formada por un miembro

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Mujer	Válidos	Los hijos se han independizado	10	11,5
		No tiene hijos o alguien con quién vivir	3	3,4
		Por vivir cerca de sus familiares	2	2,3
		Otras situaciones	3	3,4
		Total	18	20,7
	Perdidos	No procede	69	79,3
	Total		87	100,0
Hombre	Válidos	Los hijos se han independizado	1	2,2
		No tiene hijos o alguien con quién vivir	1	2,2
		Otras situaciones	1	2,2
		Total	3	6,7
	Perdidos	No procede	42	93,3
	Total		45	100,0

Tabla 9. Fuente: elaboración propia

### 5.2. Participación en las Actividades.

En relación con la participación en las actividades que realizan las personas mayores en los Centros, se han clasificado por tipo actividades de formación, ocio o salud. En formación, las actividades de más participación han sido: cultura general con un 20,5% y pintura con un 8,3%. En ocio, juegos de salón y petanca, con un 22% y

6,8% respectivamente. Y, en salud, taller de memoria con una 39,7% y psicomotricidad y gimnasia con un 12,9%. (Tabla 10). Con estos datos, podemos decir, que una de cada cinco personas participa en la actividad de cultura general mayoritariamente. En relación a los juegos de salón, casi una de cuatro personas la realiza. Y, en las de salud, se puede analizar que la participación en los talleres de memoria y psicomotricidad podría indicar una cierta sensibilidad por parte de las personas mayores en su percepción con el deterioro cognitivo asociado a la edad.

### **Tipos de Actividades**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FORMACIÓN</b>	<b>OCIO</b>	<b>SALUD</b>
	<b>Cultura General</b> (20,5%)	<b>Juegos de Salón</b> (22%)	<b>Taller Memoria</b> (39,7%)
	<b>Pintura (8,3%)</b>	<b>Petanca (6,8%)</b>	<b>Psicomotricidad /</b> <b>Gimnasia (12,9%)</b>

**Tabla 10. Fuente: elaboración propia**

### **- El Nivel de Estudios y la Participación en las Actividades.**

Según la Tabla 11, se puede observar que las personas que tienen un nivel de estudios secundarios o universitarios, participan en la actividad de cultura general con el 29,4% y el 51,9% respectivamente. Sin embargo, los que tienen estudios primarios, esta opción queda relegada a un segundo lugar, siendo la actividad de pintura con el 12,1% la de mayor participación.

### Actividades de Formación

Nivel de Estudios			Frecuencia	Porcentaje
Estudios Primarios	Válidos	Taller Pintura	8	12,1
		Taller Bolillos	2	3,0
		Cultura General	3	4,5
		Lectura/Grafología	2	3,0
		Total	15	22,7
	Perdidos	No procede	51	77,3
	Total		66	100,0
Educación Secundaria	Válidos	Cultura General	10	29,4
		Jota	2	5,9
		Lectura/Grafología	2	5,9
		Teatro	1	2,9
		Total	15	44,1
	Perdidos	No procede	18	52,9
		NS/NC	1	2,9
		Total	19	55,9
	Total		34	100,0
	Estudios Universitarios	Válidos	Taller Pintura	2
Cultura General			14	51,9
Lectura/Grafología			1	3,7
Total			17	63,0
Perdidos		No procede	10	37,0
Total		27	100,0	
NS/NC	Válidos	Taller Pintura	1	20,0
		Taller Bolillos	1	20,0
		Total	2	40,0
	Perdidos	No procede	3	60,0
	Total		5	100,0

**Tabla 11. Fuente: elaboración propia**

De estos datos, se podría destacar el interés que existe entre las personas mayores en adquirir más formación, especialmente, las que tienen mayor nivel de estudios. En el caso de las personas con menor formación, su participación en la

actividad de pintura y cultura general vendría a satisfacer, de algún modo, una necesidad de autorrealización. En cualquier caso, esta participación podría tener unos efectos positivos sobre su salud.

La Tabla 12 de actividades de ocio muestra que las personas con nivel de estudios primarios y secundarios eligen los juegos de salón con un 33,3% y 14,7% respectivamente. Mientras que los que tienen estudios superiores, no hay ninguna actividad en la que destaquen. En este sentido, las actividades de ocio promovidas por los Centros vinculadas a las demandas de los usuarios, siguen siendo todavía, tradicionales (juegos de salón, bailes), aunque se van incorporando otras cuyo perfil van en paralelo a la evolución de la sociedad del conocimiento y las nuevas tecnologías (Internet).

#### Actividades de Ocio

Nivel de Estudios			Frecuencia	Porcentaje
Estudios Primarios	Válidos	Petanca	7	10,6
		Juegos Salón	22	33,3
		Pirograbado	1	1,5
		Bailes/Coral	1	1,5
		Cuentacuentos	1	1,5
		Bingo	1	1,5
		Total	33	50,0
	Perdidos	No procede	33	50,0
	Total		66	100,0
Educación Secundaria	Válidos	Juegos Salón	5	14,7
		Internet	2	5,9
		Pirograbado	2	5,9
		Bailes/Coral	1	2,9
		Total	10	29,4
	Perdidos	No procede	23	67,6
		NS/NC	1	2,9
		Total	24	70,6
	Total		34	100,0
Estudios Universitarios	Válidos	Petanca	1	3,7
		Juegos Salón	1	3,7
		Bailes/Coral	1	3,7
		Total	3	11,1



NS/NC	<b>Perdidos</b>	<b>No procede</b>	<b>24</b>	<b>88,9</b>
	<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>100,0</b>
	<b>Válidos</b>	<b>Petanca</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
		<b>Juegos Salón</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
		<b>Bailes/Coral</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>
		<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>No procede</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>
	<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 12. Fuente: elaboración propia**

Larson, Mannell y Zuzaneck, 1986, (citados por García Martín, 2002) subrayan el papel que desempeñan las actividades lúdicas en el desarrollo de la red social de las personas mayores. La reciprocidad, espontaneidad, apertura, y feedback positivo que se generan en los intercambios entre amigos en el contexto de estas actividades, son, según estos autores, uno de los elementos que más contribuyen al bienestar de este colectivo, incluso más que las relaciones mantenidas con su familia.

Por último, en lo que se refiere a las actividades de salud y según los datos proporcionados por la Tabla 13, las personas que tienen estudios secundarios y universitarios deciden participar en los talleres de memoria con un 29,4% y 22,2% respectivamente. Mientras que las que tienen estudios primarios eligen, en primer término, psicomotricidad / gimnasia con un 19,7%, dejando en un segundo lugar los talleres de memoria con un 10,6%.

Según la Teoría de Lin y Ensel (1989), que distingue tres ámbitos: social, psicológico y fisiológico que vendrían determinados por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. Así, los talleres de memoria, psicomotricidad y gimnasia influirán en los planos social y psicológico, dotando respectivamente de apoyo social y recursos de afrontamiento a las personas mayores. En este sentido, el apoyo recibido en los Centros constituirían un recurso frente al factor estresante que supondría el miedo a perder capacidades cognitivas y motoras.

### Actividades de Salud

Nivel de Estudios			Frecuencia	Porcentaje
Estudios Primarios	Válidos	Taller Memoria	7	10,6
		Psicomotricidad / Gimnasia	13	19,7
		Otras	12	18,2
		Total	32	48,5
	Perdidos	No procede	34	51,5
	Total		66	100,0
Educación Secundaria	Válidos	Taller Memoria	10	29,4
		Psicomotricidad / Gimnasia	3	8,8
		Relajación	1	2,9
		Otras	2	5,9
		Total	16	47,1
	Perdidos	No procede	17	50,0
		NS/NC	1	2,9
		Total	18	52,9
	Total		34	100,0
Estudios Universitarios	Válidos	Taller Memoria	6	22,2
		Psicomotricidad / Gimnasia	1	3,7
		Otras	3	11,1
		Total	10	37,0
	Perdidos	No procede	17	63,0
	Total		27	100,0
NS/NC	Perdidos	No procede	5	100,0

**Tabla 13. Fuente: elaboración propia**

Así pues, podemos decir que, con independencia del nivel de estudios alcanzado por las personas mayores, se puede apreciar que el apoyo emocional e instrumental que les reporta la participación en las actividades del Centro, así como la relación que se establece en ellas, supone un bienestar que fortalece sus relaciones sociales, aminorando situaciones de estrés y de aislamiento social.

Con respecto a las distintas actividades en las que han participado los encuestados, se puede considerar que el hecho de realizar unas u otras no significa que vayan a obtener unos beneficios distintos que repercutan indirectamente sobre su salud de diferente modo. Sencillamente, las personas mayores al participar en una actividad les reportarían unos beneficios con independencia de las actividades realizadas. En este sentido, la teoría de la amortiguación y afrontamiento (Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996), citados por García Martín, Hombrados Mendieta, 2002) no indica que los efectos indirectos que influyen positivamente sobre su salud sean diferentes si realizan unas u otras actividades.

### **5.3. Salud Autopercibida.**

#### **- Percepción que tienen las personas mayores de su salud cuando asisten a los Centros de Mayores.**

En este apartado, se analizará la salud percibida por las personas mayores a partir de la participación en las actividades y las relaciones que establecen en ellas.

En relación a la P.16 “¿Cómo se siente Ud. cuando acude al Centro de Mayores?”, su propia redacción inducía a una respuesta positiva por parte de los encuestados. Por ello, se desechan el resto de opciones planteadas (mal, ni bien ni mal, NS/NC), expresando el 97% de las personas encuestadas que percibían su salud como buena (Tabla 14).

### Salud Autopercebida

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	<b>Mal</b>	<b>1</b>	<b>,8</b>
	<b>Ni bien ni mal</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>
	<b>Bien</b>	<b>128</b>	<b>97,0</b>
	<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>99,2</b>
<b>Perdidos</b>	<b>NS/NC</b>	<b>1</b>	<b>,8</b>
<b>Total</b>		<b>132</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 14. Fuente: elaboración propia**

La Tabla 15 indica que las personas mayores acudían a los Centros, principalmente, por dos motivos: participar en las actividades y encontrarse con otras personas. Se ha encontrado que las personas que opinaban que su salud era buena, el 58,6% lo percibe por la participación y, el 65,6% por la relación.

### Participación y Relación

<b>Salud Autopercebida</b>	<b>Participación</b>	<b>Relación</b>
<b>Bien</b>	<b>58,6%</b>	<b>65,6%</b>

**Tabla 15. Fuente: elaboración propia**

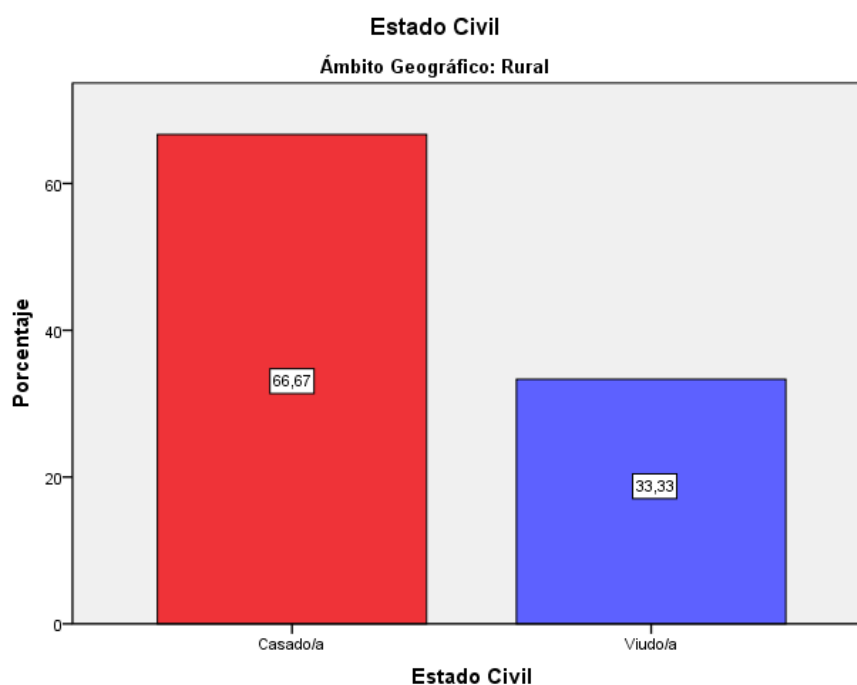
El apoyo social recibido por los Centros reforzaría el apoyo de aquellas personas mayores que todavía disponen de redes familiares y sociales, mientras que aquellas que no lo tienen encontrarían en el Centro un apoyo formal que complementaría la falta de otros apoyos informales. En todo caso, las personas mayores que acuden a los Centros para relacionarse, de acuerdo con la Teoría del Amortiguación y Afrontamiento–buffer

and coping theory- (Coleman (1993), Iso-Ahola y Park (1996), citados por García Martín, Hombrados Mendieta, 2002), se verían claramente favorecidas a través de su integración con sus amigos y compañeros en las actividades que éstos realizan en los Centros de Mayores. El contacto con su grupo de iguales, y las consecuencias positivas que se derivan de estos lazos sociales, supondría un alivio por la percepción de que cuentan con un apoyo social.

#### 5.4. Diferencias entre el Ámbito Rural y Urbano.

##### - Ámbito Geográfico y Estado Civil.

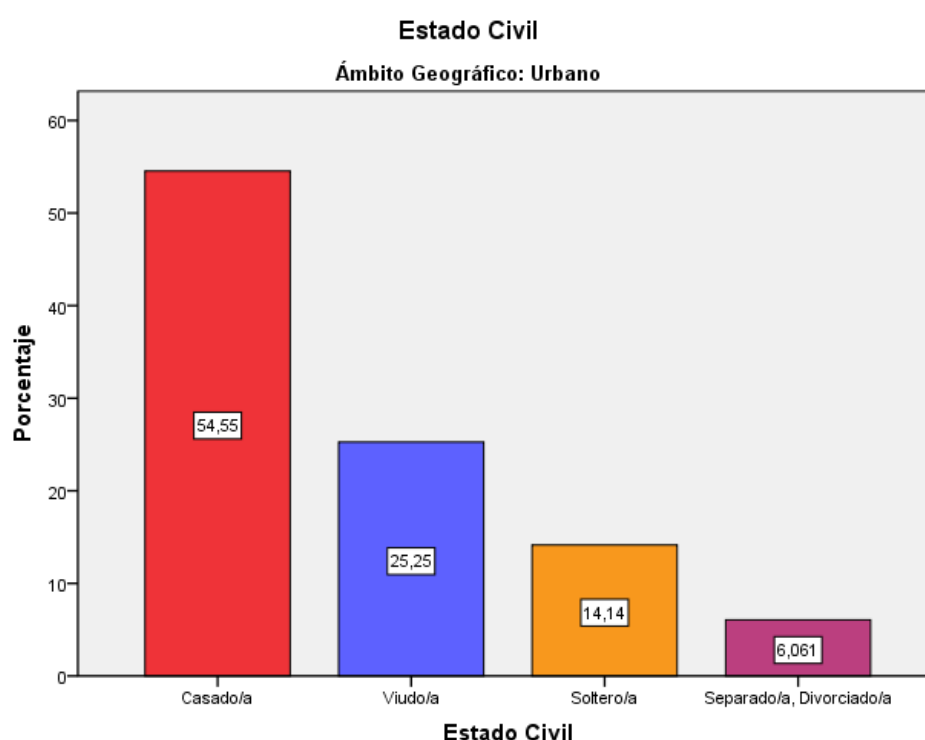
En los Gráficos 3 y 4 podemos observar que en el ámbito rural, de las personas encuestadas, no hay personas solteras, separadas o divorciadas. Se puede resaltar que el 33,3% son personas viudas frente al 66,7% que están casadas. Se podría pensar que las personas viudas encontrarían en la participación en el Centro un apoyo social comunitario.



**Gráfico 3. Fuente: elaboración propia**

En el ámbito urbano si que estarían representados las personas solteras, separadas y/o divorciadas con un 14,1% y un 6,1% respectivamente. Al igual que ocurre en el ámbito rural, las personas casadas y viudas son los estados civiles más representativos con un 54,5% y un 25,3%.

Indistamente del ámbito geográfico estudiado, se pone de manifiesto que los distintos estados civiles utilizarían los Centros de Convivencia como un apoyo instrumental y emocional.

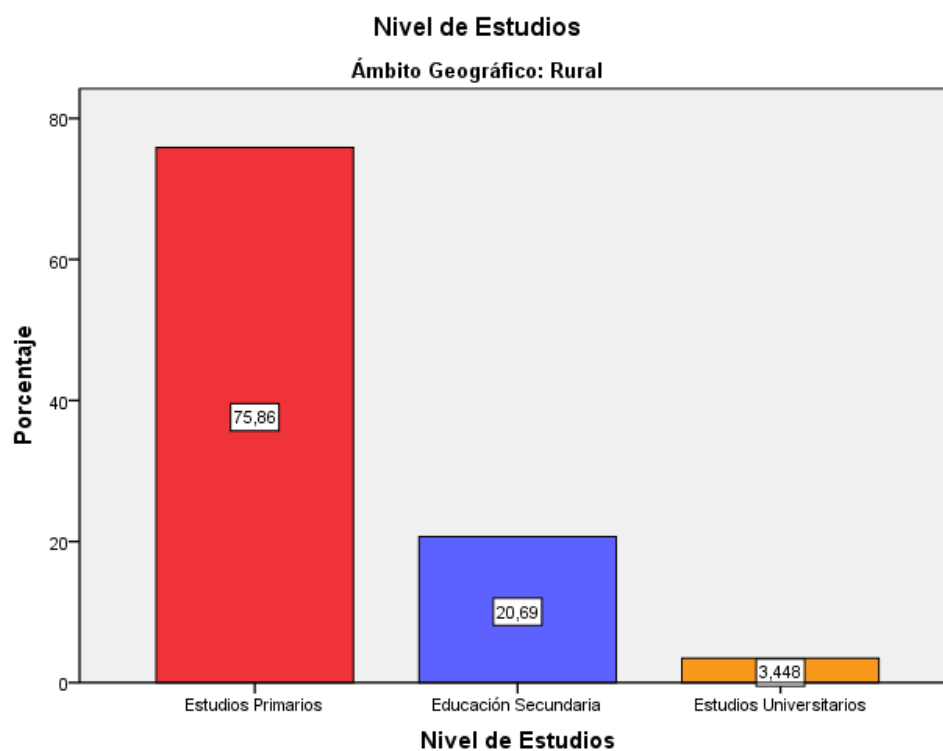


**Gráfico 4. Fuente: elaboración propia**

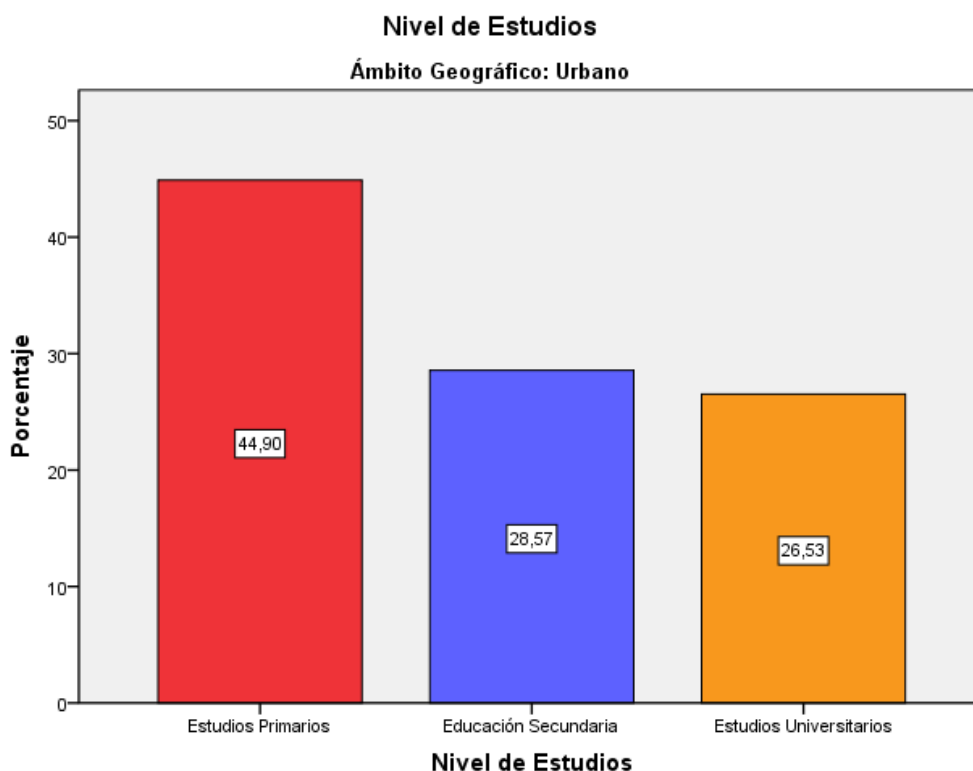
#### - Ámbito Geográfico y Nivel de Estudios.

De los Gráficos 5 y 6 obtenidos se observa que en el ámbito rural hay un desequilibrio entre los diferentes niveles de estudios cursados por las personas mayores, destacando con el 66,7% las personas con estudios primarios y el 3% con estudios universitarios. En comparación con el ámbito urbano, estos tres niveles de formación

están proporcionalmente más equilibrados, estudios primarios con un 44,4%, secundarios con un 28,3% y universitarios con un 26,3%.



**Gráfico 5. Fuente: elaboración propia**



**Gráfico 6. Fuente: elaboración propia**

- **Ámbito geográfico: participación y relación.**

De los datos presentados en la siguiente Tabla 16, se puede decir que en el ámbito rural los motivos para asistir al Centro estarían muy equilibrados, siendo el motivo de relacionarse el mayoritario con un 97%. Sin embargo, en el ámbito urbano existe mayor descompensación en los motivos para asistir al Centro, siendo el motivo para relacionarse el 55,6%, casi la mitad que en el ámbito rural, destacando el motivo de participación en las actividades con el 74,7%.



### **Ámbito Geográfico y Apoyo Social**

<b>Ámbito Geográfico</b>	<b>Participación</b>	<b>Relación</b>
<b>Rural</b>	<b>90,9%</b>	<b>97%</b>
<b>Urbano</b>	<b>74,7%</b>	<b>55,6%</b>

**Tabla 16. Fuente: elaboración propia**

Con estos datos se podría pensar que el apoyo social recibido por los Centros es un recurso formal percibido por las personas mayores como beneficioso para salud. Tal y como hemos expresado en el apartado anterior referido a la salud autopercebida, la mayoría de encuestados, el 97%, señala que su salud es buena.

## 6. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a las personas mayores muestran, con carácter general, que cuántos más apoyos reciben las personas mayores de sus redes formales o informales y que cuántos más tipos de redes sociales dispongan, los efectos de amortiguación influirían en la salud de éstas, aminorando el estrés de las situaciones estresantes o amenazantes de la vida diaria. Además les habilitaría o capacitaría para afrontar dichas situaciones con mayor seguridad.

Teniendo en cuenta el perfil socio-demográfico de nuestra muestra, tanto hombres como mujeres, independientemente de su estado civil, el hecho de asistir a los Centros de Mayores para participar en las actividades les aportaría un apoyo instrumental y relacional, al compartir sus intereses e inquietudes con el resto de personas mayores, teniendo efectos indirectos en su salud. El Centro actuaría como un apoyo social para las personas mayores, en algunos casos reforzándolo y, en otros, sustituyendo el apoyo de la red familiar. Las personas que forman una unidad de convivencia unifamiliar, encontrarían en el apoyo formal representado por los Centros de Mayores un recurso social cuyos efectos de amortiguación podrían aminorar los riesgos de soledad y aislamiento.

Otra de las conclusiones a las que se puede llegar es que con independencia del nivel de estudios alcanzado por las personas mayores, se puede apreciar que el apoyo social que les reporta la participación en las actividades del Centro, así como la relación que se establece en ellas, supondría un bienestar que influiría positivamente en su salud. Las personas mayores obtendrían los mismos beneficios por participar en las actividades de los Centros indistintamente del tipo de actividad realizada.

También queremos destacar que las personas mayores percibirían positivamente su salud al encontrar en los Centros de Mayores un apoyo social derivado de la participación y relación que se establece entre ellos.

Por último, en relación con el apoyo social percibido en los Centros de Mayores del ámbito rural y urbano estudiados, no se han encontrado grandes diferencias en la salud subjetiva de las personas mayores.

Según la teoría del Efecto Buffer o amortiguador (Barrón, Lozano y Chacón, 1998) el apoyo social actuaría como provisión de soporte, ayudaría a redefinir la situación como menos amenazante. Los distintos tipos de apoyos aportados por sus redes aumentarían su percepción para hacer frente a los hechos estresantes de la vida diaria, promoviendo conductas saludables. Esta teoría avalaría el objetivo de nuestro estudio, en la medida que, el apoyo de la red familiar o la ausencia de ésta, permitiría afrontar las situaciones de la vida diaria o considerarlas menos amenazantes. Lo que confirmaría nuestra hipótesis de partida de que el apoyo social recibido en los Centros de Mayores tendría unos efectos positivos en la salud de las personas mayores tanto en el ámbito rural como en el urbano.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brummett, B.H. et al. (2000). Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 61, 41–50.

Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill. Pp. 308.

Fernández del Valle, J. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6 (1), 39-47.

García Martín, M.A. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista Digital*. Buenos Aires. Año 8. Nº 51. En Internet: <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm> y <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>. Fecha: 14 de febrero de 2013.

García Martín, M.A. y Gómez, L. (2003). Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 35-47.

García Martín, M.A. y Hombrados Mendieta, M.I. (2002). Intervención psicosocial con personas mayores: los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos. *Intervención Psicosocial*, 11 (1), 45-58.

Guzmán, J.M. et al. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. En Internet [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213\\_p2.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf). Fecha: 14 de febrero de 2013.

Herrero, J. y Gracia, E. (2005). Redes sociales y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 41-50.

Krishnan, K.R. et al. (1998). Depression and social support in elderly patients with cardiac disease. *Am. Heart J.* 136, 491-5.

Lahuerta, C. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac. Sanit.* 18(2), 83-91.

Lee, C.T. et al. (2012). Social support and mobility limitation as modifiable predictors of improvement in depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 54, 221–229.

Leung, K.K. et al. (2007). Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 44, 203–213.

Lewis, J.S. (1997). Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment in an independent living facility. *Evaluation and Program Planning*. 20 (3), 269-217.

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). Social support, life events and depression. New York: *Academic Press*.

Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

Litwin, H., Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*. 14 (2), 213-228.

Litwin, H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Soc. Sci. Med.* 46 (4-5), 599-609.

Mazzella, F. et al. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 51, 323-328.

Nebot, M. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Rev. Esp. Salud Pública*. 76, 673-682.

Okamoto, K., Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*. 38, 318-322.

Redondo-Sendino, A. (2005). Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. *Rev. Esp. Cardiol*. 58(11), 1294-301.

Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del facilismo a los derechos de ciudadanía. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*. 40 (Supl. 3), 5-15.

Shye, D. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. *Soc. Sci. Med.* 7 (41), 935-947.

Urbina Torija, J.R. et al. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 21(1), 37-42.



Verstraten, P.F.J. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*. 1282, 317–321.

Yanguas Lezaun, J.J. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*. 76, 10-11.

Zunzunegui, M.V. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA Study. *Eur. J. Ageing*. 2, 40-7.

## 8. FUENTES ESTADÍSTICAS

- <http://www.ine.es/> (15-03-2013)
- <http://www.aragon.es/iaest> (15-03-2013)
- [http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/listado\\_Centro?id=47&inc=35](http://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/mayores/listado_Centro?id=47&inc=35)  
(12-04-2013)
- <http://demografia.zaragoza.es/> (15-04-2013)



**ANEXO: CUESTIONARIO.**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS EFECTOS DEL APOYO SOCIAL  
COMUNITARIO: CENTRO DE PERSONAS MAYORES.**

Nº 0

Ubicación: Z / S

Fecha:

**SOCIO-DEMOGRÁFICAS:**

**P.1.- Sexo:**

Mujer ☐ Hombre ☐

**P.2.- ¿Cuántos años tiene Ud.?**

65-75 años ☐

76-80 años ☐

Más de 80 años ☐

NS/NC ☐

**P.3.- ¿Cuál es su estado civil?**

Soltero/a ☐

Casado/a ☐

Separado/a ☐

Viudo/a ☐

Otros ☐ Indique cuáles:.....

NS/NC ☐

**P.4.- Por favor, indíqueme ¿cuáles son los estudios que Ud. ha realizado?**

Estudios primarios ☐

Educación Secundaria Obligatoria ☐

Estudios universitarios ☐

NS/NC ☐

**P.5.- ¿A qué edad se jubiló Ud.?**

Antes de los 65 años ☐

Después de los 65 años ☐

NS/NC ☐

**SITUACIÓN ECONÓMICA:**

**P.6. ¿Percibe Ud. y/o cónyuge alguna clase de ingresos?**

Sí ☐

No ☐

NS/NC ☐

**P.7. En caso afirmativo, ¿Podría señalarme de qué tipo?**

Pensión ☐

Rentas (alquileres, tierras, intereses, capital...) ☐

Otra (especificar) ☐

NS/NC ☐

**P.8. Acudir al Centro de Mayores, ¿Qué cree que le supone a Ud.?**

Gasto Extra ☐

Ahorro ☐

Ni gasto ni ahorro ☐

NS/NC ☐





**P.9.- ¿Cuántas personas residen actualmente con Ud. en el domicilio?**

- Uno ☐  
Dos ☐  
Tres ☐  
Cuatro ó más ☐  
NS/NC ☐

**CONVIVENCIA:**

**P.10.- En el que caso de que Ud. viva solo, señale alguna de estas razones: (Señale una ó varias)**

- Lo prefiere ☐  
Puede valerse por sí mismo ☐  
Ningún familiar quiere hacerse cargo ☐  
Enviudó ☐  
Los hijos se han independizado ☐  
No tiene hijos o alguien con quién vivir ☐  
Por vivir cerca de sus familiares ☐  
Otras situaciones (especificar) ☐  
NS/NC ☐

**USO DEL CENTRO:**

**P.11.- ¿Cuántos días a la semana acude Ud. al Centro de Mayores?**

- Un día ☐  
Dos días ☐  
Tres días o más ☐  
NS/NC ☐

**P.12.- ¿Cuándo asiste Ud. al Centro de Mayores?**

- Mañanas ☐  
Tardes ☐  
Mañanas y Tardes ☐  
NS/NC ☐

**P.13.- ¿Qué tipo de actividades realiza Ud. en el Centro de Mayores? (Señale una ó varias)**

- Talleres de pintura ☐  
Bailes ☐  
Taller de bolillos ☐  
Curso de jota ☐  
Talleres de memoria ☐  
Curso de Cultura General (Aragón, Zaragoza) ☐  
Juegos de salón (guiñote, mus, rabino,...) ☐  
Internet ☐  
Petanca ☐  
Otras ☐ Indique cuáles:.....  
NS/NC ☐

**P.14.- ¿Cree Ud. que acudir al Centro de Mayores le viene bien para su salud?**

- Sí ☐  
No ☐  
NS/NC ☐



**P.15.- ¿Cuáles son sus motivos para acudir al Centro de Mayores? (Señale una ó varias)**

Servicio de comidas ☐

Servicio de podología ☐

Participar en las actividades del Centro de Mayores ☐

Encontrarse con otras personas, amigos ☐

Otros ☐ Indique cuáles:.....

NS/NC ☐

**SALUD PERCIBIDA:**

**P.16.- ¿Cómo se siente Ud. cuando acude al Centro de Mayores?**

Mal ☐

Ni bien ni mal ☐

Bien ☐

NS/NC ☐

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.